

Université de Sherbrooke

**Développement d'un outil de soutien à la pratique de l'assignation temporaire  
destiné aux employeurs québécois : l'outil SPATEQ**

Par  
Line Lemelin, erg.  
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences de la santé

Sherbrooke, Québec, Canada  
Mai 2018

**Membres du jury d'évaluation**

Marie-José Durand, Ph. D. (directrice), École de réadaptation  
Hélène Sultan-Taïeb, Ph. D. (codirectrice), École des Sciences de la gestion de l'UQAM  
Michel Tousignant, Ph. D. (évaluateur interne), École de réadaptation  
Brigitte Vachon, Ph. D. (évaluatrice externe), École de réadaptation de l'Université de Montréal

© Line Lemelin, 2018

## SOMMAIRE

---

### **Développement d'un outil de soutien à la pratique de l'assignation temporaire destiné aux employeurs québécois : l'outil SPATEQ**

Par

Line Lemelin, erg.

Programmes recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Au Québec, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les lombalgies constituent un problème de santé fréquent. Bien que la guérison soit rapide et complète pour la majorité des personnes atteintes, il demeure que pour environ 10 à 15 % des individus, les douleurs et les incapacités au travail se prolongent entraînant des coûts sociaux majeurs. Au Québec, la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) inclut une mesure appelée l'assignation temporaire (AT), par laquelle un employeur peut suggérer à un travailleur blessé de reprendre le travail en lui assignant des tâches qui correspondent à ses capacités actuelles. Actuellement, cette mesure est supportée indirectement par plusieurs écrits scientifiques, mais aucune étude n'a décrit les composantes précises de l'AT telles qu'elles pourraient être déployées au Québec. L'objectif de cette étude est de développer un outil permettant aux employeurs québécois de mettre en place une AT optimale pour les travailleurs lombalgiques et d'apprécier les effets de celle-ci sur le plan économique. Un devis multiméthodes combinant des méthodes qualitatives et quantitatives a été retenu. L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes. D'abord, des entrevues individuelles ont permis d'explorer le déploiement actuel de l'AT dans huit entreprises de tailles et de secteurs d'activité variés. Les résultats suggèrent que l'AT fait l'objet d'une démarche informelle, facilitée par la communication et le maintien du travailleur dans son équipe de travail, et dont la mise en place vise d'abord à limiter les cotisations à verser à l'assureur. Dans un deuxième temps, une consultation par la méthode Delphi auprès de 10 experts cliniques et scientifiques a été réalisée. Les experts devaient se prononcer sur la faisabilité et la pertinence d'un ensemble 38 actions issues d'une revue intégrative de la littérature. Également, une modélisation économique des impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT présentes en entreprises, adoptant la perspective de l'employeur, a été réalisée. Ces trois premières étapes ont permis l'élaboration de l'outil SPATEQ (Soutien à la pratique de l'assignation temporaire destiné aux employeurs québécois). Enfin, des entrevues individuelles auprès d'utilisateurs potentiels de quatre entreprises manufacturières de tailles variées ont été réalisées pour explorer l'acceptabilité prospective de l'outil. Les résultats suggèrent que ce dernier est pertinent, clair, visuellement attrayant et que seule la présentation des actions par fonction devrait être revue. En somme, cette étude a permis de développer un outil basé sur les données probantes et les besoins des utilisateurs, qui pourra soutenir les employeurs dans une implantation de l'AT dans une forme optimale.

#### **Mots clés :**

Intervention en milieu de travail, lombalgies, assignation temporaire, travail modifié, incapacité au travail prolongée, impacts économiques.

## TABLe DES MATIÈRES

---

SOMMAIRE.....	I
TABLe DES MATIÈRES.....	II
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VII
REMERCIEMENTS.....	VIII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS.....	3
1.1 Portrait des lombalgies d'origine professionnelle.....	3
1.2 De la lombalgie à l'incapacité au travail : un changement de vision.....	4
1.3 Les interventions en milieu de travail.....	6
1.4 L'assignation temporaire.....	8
1.5 L'évaluation économique des interventions centrées sur le milieu de travail.....	11
1.6 Le contexte assurantiel québécois.....	13
CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE.....	15
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE.....	17
3.1 Objectif 1 : Explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises.....	17
3.1.1 Méthode.....	17
3.1.2 Participants et procédures de recrutement.....	17
3.1.3 Collecte de données.....	18
3.1.4 Analyse.....	18
3.2 Objectif 2 : Identifier les actions à mettre en place afin de déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques.....	19
3.2.1 Identifier les données probantes relatives à l'intervention en milieu de travail intégrant une forme de travail modifié ou allégé pour les travailleurs lombalgiques.....	19
3.2.1.1 Méthode.....	19
3.2.1.2 Identifier la question.....	20
3.2.1.3 Définir les stratégies de recherche documentaire.....	20
3.2.1.4 Choisir les articles pertinents selon les critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
3.2.1.5 Analyser les données.....	21
3.2.1.6 Présenter les conclusions de la revue de littérature.....	22
3.2.2 Évaluer l'utilité des actions issues de la revue intégrative dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec.....	22
3.2.2.1 Méthode.....	22
3.2.2.2 Participants et procédure de recrutement.....	22
3.2.2.3 Collecte de données.....	23
3.2.2.4 Contenu de la consultation.....	23
3.2.2.4 Analyse des données recueillies.....	24

3.3 Objectif 3 : Analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT selon la perspective de l'employeur .....	24
3.3.1 Méthode .....	24
3.3.1.1 Définition des différentes formes d'AT .....	24
3.3.1.2 Identification des éléments de coûts et de bénéfices .....	26
3.3.2 Analyse.....	28
3.4 Objectif 4 : Explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ par des utilisateurs potentiels.....	29
3.4.1 Méthode .....	29
3.4.2 Participants et méthode de recrutement .....	29
3.4.3 Collecte de données.....	29
3.4.4 Analyse.....	30
3.5 Considérations éthiques .....	30
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS .....	31
4.1 Objectif 1 : Explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises .....	31
4.1.1 Portrait des participants .....	31
4.1.2 Le déploiement actuel de l'AT dans des entreprises .....	32
4.1.2.1 Thème 1 L'état de la pratique d'AT .....	32
4.1.2.2 Thème 2 Déterminants économiques de l'AT dans huit entreprises du Québec....	40
4.2 Objectif 2 : Identifier les actions à mettre en place afin de déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques .....	41
4.2.1 Premier sous-objectif : Identifier les données probantes relatives à l'intervention en milieu de travail intégrant une forme de travail modifié ou allégé pour les travailleurs lombalgiques.....	42
Les principes d'une AT optimale * voir annexe 5 pour les documents dont sont issus les principes .....	43
Les actions d'une AT optimale * voir annexe 5 pour les documents dont sont issus les actions	44
4.2.2 Second sous-objectif : Évaluer l'utilité des actions issues de la revue intégrative dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec.....	45
4.2.2.1 Profil des experts consultés .....	46
4.2.2.2 Niveau de consensus sur les actions .....	46
Figure 3: Distribution des actions en fonction du résultat moyen qu'elles ont obtenu .....	47
4.2.2.3 Commentaires des experts au sujet des actions.....	47
4.3 Objectif 3 : Analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT selon la perspective de l'employeur .....	48
4.3.1 Résultat net de la mise en place de l'AT 2 comparée à l'AT 1 .....	49
4.3.3 Résultat net de la mise en place de l'AT 3 comparée à l'AT 1 .....	49
4.3.4 Résultat net de la mise en place de l'AT 4 comparée à l'AT 1 .....	51
4.3.5 Conclusions tirées de la modélisation des différentes formes d'AT .....	51

4.4 Objectif 4 : Explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ par des utilisateurs potentiels .....	54
4.4.1 Portrait des participants .....	54
4.4.2 Acceptabilité prospective de l'outil .....	55
4.4.2.1 Format.....	55
4.4.2.2 Langage utilisé .....	56
4.4.2.3 Contenu.....	56
4.4.2.4 Besoins liés à l'implantation .....	59
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....	61
5.1 Principaux résultats pour chacun des objectifs spécifiques de l'étude .....	61
5.2 Forces, limites et retombées de l'étude .....	68
CONCLUSION.....	68
LISTE DES RÉFÉRENCES .....	72
ANNEXE 1 .....	78
ANNEXE 2 .....	83
ANNEXE 3 .....	91
ANNEXE 4 : .....	98
ANNEXE 5 : .....	113
ANNEXE 6 : .....	117
ANNEXE 7 : .....	120

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 : Indicateurs économiques et hypothèses pour la modélisation .....	27
Tableau 2 : Caractéristiques des participants et de leur entreprise .....	32
Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques de l'utilisation actuelle de l'AT.....	37
Tableau 4 : Caractéristiques des formes d'AT en entreprise.....	38
Tableau 5 : Les principes d'une AT optimale.....	43
Tableau 6 : Les actions d'une AT optimale.....	44
Tableau 7 : Simulation du résultat net de la mise en place des formes d'AT 2, 3 et 4 comparées à l'AT 1.....	53
Tableau 8 : Caractéristiques des participants et de leur entreprise .....	55

## LISTE DES FIGURES

---

Figure 1 : Le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et al., 2001) .....	6
Figure 2 : Diagramme du flux de la consultation des banques de données scientifiques .....	42
Figure 3 : Distribution des actions en fonction du résultat moyen qu'elles ont obtenu .....	47

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

AT	Assignation temporaire
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
LATMP	Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles du Québec
TMS	Troubles musculosquelettiques
SPATEQ	Outil de soutien à la pratique de l'assignation temporaire destiné aux employeurs québécois



*Pour toi, Maman, qui regarde tout cela d'en haut.*

## REMERCIEMENTS

---

J'arrive à la fin d'une merveilleuse aventure. Tout au long de ce parcours, chaque tournant m'a mené à des points de vue panoramiques : parfois surprenants et déstabilisants, mais toujours magnifiques. Plusieurs fois, j'ai cru que mes jambes n'étaient pas assez fortes pour poursuivre la montée, mais chaque fois j'ai pu compter sur des gens qui m'ont encouragé à faire le prochain pas. Tout d'abord, ma directrice de recherche Marie-José Durand qui a démontré un engagement, une disponibilité et une implication de tous les instants. Merci d'avoir été le phare sur mon chemin, je n'aurais pas pu être mieux guidée. Un merci particulier aussi à ma codirectrice de recherche, Hélène Sultan-Taïeb, qui a su mettre des mots sur mes intuitions et m'apporter soutien dans les moments de fragilité. Mes remerciements vont aussi à Sophie Guénette et Chantal Ouimet pour leur collaboration au produit final ainsi qu'à Caroline Harvey pour avoir contribué à la qualité linguistique de ce mémoire.

Je ne peux tourner la page de cette merveilleuse aventure sans parler des collègues du CAPRIT : étudiants, chercheuses, professionnelles de recherche, etc. Je l'ai souvent dit : il ne faut pas sous-estimer la valeur des liens qui se tissent autour d'une machine à café. J'ajouterais à l'avenir : ou d'une douzaine d'huitres! Vous avez tous et toutes été une source d'inspiration et de motivation à un moment ou l'autre de ce parcours. Je vous garderai toujours dans mon cœur. Un merci chaleureux à Eve Dulude avec qui j'ai partagé bien plus qu'un bureau.

À mes enfants, Alexis, Rosalie et Thomas. Vous n'avez pas toujours compris pourquoi je choisisais de m'engager dans un tel projet, mais, comme toujours, vous avez été là pour m'encourager et m'entourer de votre amour. Je souhaite que vous reteniez ceci : N'hésitez jamais à explorer des chemins inconnus et marchez-y avec confiance, humilité, engagement et persévérance. Et toi, Marc, mon complice de vie. Merci de me faire confiance et de m'accompagner sur tous les chemins.

## INTRODUCTION

---

Au Québec comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les lombalgies d'origine professionnelle constituent un problème de santé fréquent (Williams et al., 2007; CSST, 2014). La lombalgie se définit simplement par de la douleur ressentie au bas du dos, soit à la région lombaire de la colonne vertébrale (<http://www.cnesst.gouv.qc.ca>).

Dans la grande majorité des cas, la guérison est rapide et complète. Mais, pour environ 10% des personnes, les douleurs persistent et entraînent de l'incapacité au travail prolongée. Ces absences prolongées engendrent des conséquences majeures sur la qualité de vie des travailleurs et de leur famille en plus de générer d'importants coûts sociétaux (Zimney et al., 2014). Depuis 1985 au Québec, la Loi sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) vise à éliminer ou atténuer l'incapacité physique du travailleur, à l'aider à retrouver son autonomie pour qu'il puisse exercer ses activités habituelles et à faciliter son retour au travail (<http://www.cnesst.gouv.qc.ca>). L'un des moyens proposés par la LATMP est la mesure d'assignation temporaire (AT). Cette mesure vise à favoriser le prompt retour en emploi du travailleur ayant subi une lésion professionnelle en permettant à son employeur de l'assigner à des tâches dont les exigences physiques concordent avec ses capacités sans toutefois augmenter les risques d'aggravation de sa blessure (Loi sur les Accidents du travail et les maladies professionnelles, article 179, Québec). Ainsi, c'est à l'employeur d'encadrer et de superviser cette mesure dans le milieu de travail. Actuellement, il est admis que cette mesure est favorable à la santé des travailleurs car elle est appuyée par des connaissances scientifiques. En effet, des revues de littérature récentes confirment que l'intervention en milieu de travail, qui inclut des tâches de travail modifiées ou allégées, favoriserait le retour en emploi des travailleurs présentant des troubles musculosquelettiques en plus d'améliorer le statut fonctionnel et de réduire le niveau de douleurs (Van Vilsteren et al., 2015; Nastasia et al., 2014; Hoefsmit et al., 2012). Ces résultats d'études proviennent d'essais randomisés et contrôlés présentant des protocoles d'intervention dûment décrits. Par conséquent, les effets positifs décrits dans les études sont attendus dans la mesure où la mise en œuvre de l'AT comprend les composantes et les actions nécessaires. Or actuellement, les employeurs possèdent très peu de balises pour mettre l'AT en place dans leur milieu de travail et aucune étude sur les effets (par exemple, le nombre de jours d'absence) de l'AT au Québec n'est disponible.

Cependant, avec la loi actuelle et le régime d'assurance de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST)<sup>1</sup> plusieurs incitatifs financiers encouragent les moyennes et grandes entreprises à implanter l'AT afin de réduire les coûts associés aux lésions professionnelles.

À la lumière de ce qui précède, il nous est apparu pertinent de développer un outil basé sur les données probantes, qui permettra aux employeurs d'optimiser la pratique d'AT pour les travailleurs lombalgiques, contribuant ainsi à réduire la durée d'absence au travail régulier. De plus, en lien avec les contraintes de rentabilité selon le point de vue des employeurs, cet outil vise à orienter la prise de décision à propos de la façon de mettre en œuvre l'AT afin de maximiser les bénéfices à attendre de la pratique d'AT tout en minimisant les coûts d'implantation.

---

<sup>1</sup> Depuis janvier 2016, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) avec la Commission des normes du travail ainsi que celle de l'équité salariale. Le nouvel organisme chargé de la promotion des droits et des obligations du travail au Québec se nomme la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (<http://www.cnesst.gouv.qc.ca/a-propos-de-la-CNESST>)

## CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

---

Ce chapitre présente une revue de littérature qui aborde six thèmes principaux. Tout d'abord, un bref portrait des lombalgies d'origine professionnelle en fonction de leur fréquence, ainsi que des coûts qu'elles engendrent, est exposé. Ensuite, une conception moderne des liens entre la lombalgie et l'incapacité au travail est abordée. Par la suite, les interventions en milieu de travail seront présentées, suivies de l'assignation temporaire qui en est une forme particulière. Enfin, l'analyse économique des interventions en milieu de travail ainsi que le contexte assurantiel québécois sont présentés.

### 1.1 Portrait des lombalgies d'origine professionnelle

Selon le dictionnaire Le Petit Larousse illustré (2015), la lombalgie est une douleur de la région lombaire. Dans 85 % des cas, la lombalgie est décrite comme non spécifique, c'est-à-dire qu'on ne peut déterminer de façon exacte son étiologie malgré les évaluations cliniques les plus poussées (Descarreaux et al., 2016). La lombalgie fait partie de la grande catégorie des troubles musculosquelettiques (TMS) qui sont définis comme des « atteintes inflammatoires ou dégénératives aux structures musculosquelettiques, causées par une sursollicitation articulaire ou, plus précisément, l'application d'une force excessive, répétitive ou continue, parfois combinée à une posture contraignante, à l'exposition aux vibrations ou au froid » (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2014 ; Hernandez & Peterson, 2012). La lombalgie touche un grand nombre de travailleurs et entraîne des conséquences socioéconomiques importantes (Descarreaux et al., 2016). En effet, près de 80% des travailleurs se plaindront, à un moment de leur vie, de lombalgies leur causant des incapacités temporaires ou permanentes (Williams et al., 2007; Padula et al., 2012). Aux États-Unis, elles sont la cause d'environ un quart des réclamations faites aux assureurs tandis qu'elles représentent le tiers des coûts d'indemnités (Zimney et al., 2014). Au Canada, entre 1997 et 2001, 30 à 40% des absences au travail étaient reliées aux lombalgies avec une moyenne de 45 jours de travail perdus (Williams et al., 2007). Au Québec, année après année, près de 10 000 personnes sont indemnisées par la CNESST pour un trouble musculosquelettique au dos ce qui fait de ce dernier le siège de lésions le plus fréquent et celui qui engendre les plus importants coûts annuels (CNESST, 2016; Lebeau et al., 2014).

Par ailleurs, en analysant plus finement ces statistiques, différents profils apparaissent. En effet, une forte proportion des travailleurs souffrant de lombalgies présentera une récupération rapide, soit moins de quatre semaines, et sera en mesure de reprendre ses activités antérieures sans restriction. Toutefois, une mince part des travailleurs lombalgiques, soit environ 10% d'entre eux, demeureront incapables de reprendre leurs tâches de travail pendant plus de 12 semaines. C'est ce faible pourcentage de cas qui engendre jusqu'à 85% des coûts attribués aux lombalgies étant donné que la probabilité de retour au travail diminue à mesure que la durée d'absence s'allonge (Zimney et al., 2014; Direction de la Santé publique- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006). Il apparaît donc plus juste de dire que l'impact économique et social majeur qui est attribué aux lombalgies est en fait majoritairement associé au faible nombre de travailleurs qui présenteront une incapacité de travail prolongée plutôt qu'à l'ensemble des personnes qui déclarent une lombalgie.

## **1.2 De la lombalgie à l'incapacité au travail : un changement de vision**

Au tournant du millénaire, les recherches scientifiques ont démontré que les efforts déployés jusqu'alors pour prévenir et pour traiter les lombalgies avaient des résultats limités et ne permettaient pas de diminuer de façon significative le nombre de personnes en incapacité prolongée (Loisel et al., 2001). En fait, l'approche médicale qui se centre sur l'identification de la cause de la lombalgie et son traitement présente certaines limites. En effet, il est maintenant admis que les interventions purement diagnostiques, qu'elles soient cliniques, de laboratoire ou par imagerie médicale, ne permettent pas d'identifier les causes de la majorité des lombalgies et que peu d'interventions thérapeutiques ont été démontrées efficaces pour les traiter (Hernandez & Peterson, 2012; Direction de la Santé publique- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006; Loisel et al. 2001). Face à ces différents constats a émergé l'hypothèse selon laquelle l'incapacité serait de nature multifactorielle et influencée par différents systèmes, plutôt que reliée aux seules caractéristiques personnelles du travailleur. Cette hypothèse mène à un important changement de regard sur la problématique de la lombalgie (Loisel & Anema, 2013; Gatchel & Shultz, 2012; Loisel et al., 2001).

Ainsi, en 2001, Loisel et ses collaborateurs ont élaboré un cadre décrivant les systèmes qui contribuent au maintien de l'incapacité d'un travailleur souffrant de lombalgies.

Ce cadre, appelé le paradigme de l'incapacité au travail (voir Figure 1), place l'incapacité au centre du modèle comme un résultat, un produit de l'influence et de l'interaction des systèmes. Ceci représente déjà un changement conceptuel important par rapport au modèle médical qui identifie plutôt la maladie comme point de mire mettant tous les efforts pour la diagnostiquer et la traiter. Plus précisément, le paradigme de l'incapacité décrit quatre systèmes qui produisent l'incapacité au travail: le système de santé (médecin traitant, médecin spécialiste, équipe multidisciplinaire, etc.); le système de l'entreprise (poste, organisation, relation avec le travail, possibilité de travail allégé, etc.); le système législatif et des assurances (agent d'indemnisation et conseiller en réadaptation de la CNESST, loi sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles, etc.); et, enfin, le système personnel du travailleur (incluant l'aspect physique, mais intégrant aussi les aspects affectifs, cognitifs et sociaux). Ces systèmes et leurs interactions influencent le degré d'incapacité du travailleur lombalgique. Après que Loisel et ses collaborateurs (2001) aient procédé à la description du paradigme, plusieurs auteurs ont poursuivi les recherches en approfondissant l'influence de chacun des différents systèmes (Loisel et Côté, 2013). Ainsi, Bultmann et Brouwer (2013) proposent des interventions sur le plan des facteurs psychosociaux de l'individu en insistant sur le fait que, malgré que l'incapacité puisse être d'origine physique, le fait qu'elle se prolonge est souvent lié aux facteurs psychologiques du travailleur. Pour leur part, Shaw et ses collaborateurs (2013) décrivent l'importance d'intervenir sur ce qui concerne les composantes de l'environnement de travail, tant sur le plan des demandes spécifiques de la tâche que sur celui de l'organisation du travail et les relations entre les travailleurs. Lippel et Lötters (2013) se sont, quant à eux, intéressés aux différents types de systèmes d'assurances et en ont décrit les impacts sur l'incapacité au travail. Enfin, Hulshof et Pransky (2013) se sont penchés sur le rôle et l'influence des intervenants du système de santé sur l'issue du retour au travail.

Les travaux de Loisel et ses collaborateurs (2001) ont donc contribué à une nouvelle compréhension du phénomène de l'incapacité liée aux lombalgies en proposant une vision holistique des éléments qui l'influencent. Sans rejeter le modèle médical, le paradigme de l'incapacité incite à élargir la vision de la problématique lorsque le modèle médical ne suffit pas et que l'incapacité se prolonge.

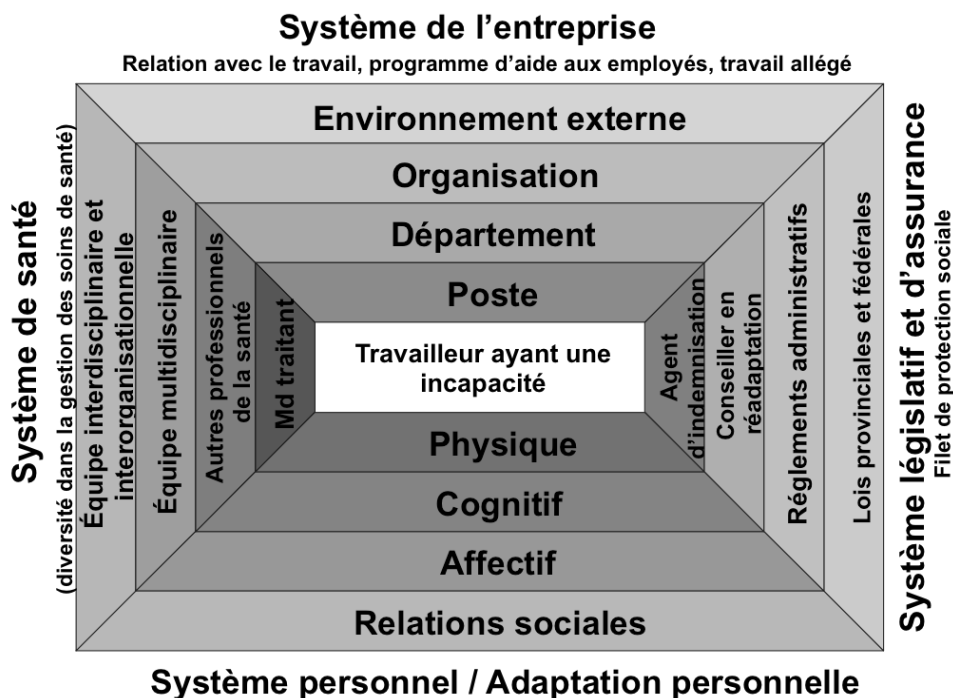


Figure 1 : Le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et al., 2001)

Figure reproduite et traduite à partir de : Costa-Black, K.M., Feuerstein, M., & Loisel, P. (2013). Work Disability Models : Past and Present. In P. Loisel, & J.R. Anema (Éds.), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management* (pp. 71-93). New York, United States of America : Springer. p. 79, figure 6.4 avec la permission de Springer Nature. Tous droits réservés.

### 1.3 Les interventions en milieu de travail

L'importance d'intégrer le milieu de travail au processus de rétablissement pour les personnes présentant une lombalgie d'origine professionnelle est bien documentée. En effet, dès 1998, Frank et ses collaborateurs ont publié un article résumant les résultats d'études d'interventions en les classant selon deux variables : le moment où l'intervention est mise en place et le lieu où elle est effectuée. Ils ont ainsi décrit l'évolution des lombalgies en trois stades (aigu, subaigu et chronique) et ont identifié quelles interventions étaient à privilégier pour les deux premiers stades. Au stade aigu, qu'ils décrivent comme allant du moment de la déclaration de la lésion jusqu'à la 3<sup>e</sup> - 4<sup>e</sup> semaine, ils recommandent le prompt retour au travail à des tâches modifiées et un traitement médical conservateur. Ils soutiennent, de plus, qu'au stade aigu, la mise en place de programmes intensifs d'intervention visant à traiter la lombalgie pourrait, en fait, prolonger la période d'absence au travail en entraînant le développement de comportements liés au rôle de malade.



Au stade subaigu, qu'ils décrivent comme s'étalant de la 3<sup>e</sup> - 4<sup>e</sup> semaine jusqu'à la 12<sup>e</sup> semaine, ils indiquent que différents types de traitement peuvent être bénéfiques dans la mesure où l'objectif est le retour au travail et que les interventions sont liées au milieu de travail. Ils concluent que les employeurs qui offrent rapidement des tâches de travail modifiées peuvent réduire d'au moins 30% le temps perdu par épisode de lombalgie (Frank et al., 1998).

De plus, il apparaît que les conclusions de Frank et ses collaborateurs (1998) sont applicables à l'ensemble des troubles musculosquelettiques. En effet, plusieurs revues de littérature couvrant la période de 1975 à 2015 indiquent que les interventions incluant une composante en milieu de travail réduisent le temps d'absence au travail et, conséquemment, contribuent à prévenir l'incapacité prolongée des travailleurs présentant un trouble musculosquelettique (Van Vilsteren et al., 2015; Carroll et al., 2010; Van Oostrom et al., 2009; Williams et al., 2007; Franche et al., 2005). Par ailleurs, Nastasia et ses collaborateurs (2014), dans une revue plus large couvrant la période de 2000 à 2013, identifient six stratégies favorables à la prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés en raison de troubles musculosquelettiques d'origine professionnelle. Ces stratégies sont: 1) la détection précoce des travailleurs à risque d'incapacité prolongée et l'identification des cas complexes ou pouvant le devenir, 2) l'intervention ciblée sur les facteurs appropriés ou l'intervention multimodale pour les cas complexes, 3) l'intervention centrée sur le milieu de travail et dans une perspective d'activation du travailleur, 4) la collaboration entre les différents acteurs clés dans le processus d'un retour au travail sain et durable, 5) l'implication du travailleur dans la démarche de retour au travail, et 6) le suivi constant des conditions et du contexte d'implantation du plan de retour et de maintien au travail. Ces différentes stratégies déployées dans différents systèmes (personnel, de santé, de l'entreprise et législatif) sont en parfaite cohérence avec les travaux de Loisel sur le paradigme de l'incapacité au travail (Loisel et al, 2001).

Une revue réaliste des programmes de réadaptation au travail incluant une composante en milieu de travail, publiée par Durand et ses collaborateurs (2017), suggère également que l'intervention précoce en milieu de travail, en présence d'un TMS, est une composante clé pour favoriser le retour au travail dans un délai d'un an suite à la déclaration d'une lésion professionnelle. Dans cette revue, il est suggéré que l'intervention en milieu de travail doit contenir certaines caractéristiques pour être efficace.

Les auteurs nomment entre autres l'adoption d'une approche de résolution de problèmes à laquelle participe le travailleur, la participation du supérieur à la mise en œuvre de solutions, la réduction des attentes des acteurs du milieu de travail en ce qui concerne la productivité du travailleur et la mise en place de modifications à la situation de travail (Durand et al., 2017). Les auteurs proposent aussi six grands groupes de mécanismes transversaux qui pourraient expliquer l'atteinte des résultats reliée à l'intervention précoce au travail. Il s'agit de la rassurance et la satisfaction du travailleur, la préservation de son identité de travailleur, la cohérence entre les besoins du travailleur et les interventions, la proactivité/mobilisation des acteurs ainsi que la perception d'une pression par l'employeur.

#### **1.4 L'assignation temporaire**

Au Québec depuis 1985, la LATMP inclut une mesure appelée l'assignation temporaire (AT), qui vise le prompt retour en emploi des travailleurs blessés en permettant à l'employeur de l'assigner à des tâches correspondant à ses capacités actuelles sans aggraver sa blessure (LATMP, article 179). Cette mesure favoriserait la réadaptation du travailleur blessé en lui permettant de demeurer actif dans son milieu de travail, évitant ainsi les effets néfastes de l'inactivité et la perte de motivation qui peut en découler. Cette mesure est sous la responsabilité de l'employeur et peut être mise en place dans la mesure où le médecin qui prend en charge le travailleur est d'avis que les tâches proposées répondent aux trois critères suivants : le travailleur est raisonnablement en mesure de les accomplir; ces tâches ne comportent pas de danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique; et enfin, ces tâches sont favorables à sa réadaptation. Bien que la mesure d'AT s'inscrive en cohérence avec les données probantes relatives aux bienfaits de l'intervention en milieu de travail pour prévenir l'incapacité prolongée, aucune étude visant à évaluer son efficacité n'a été publiée à ce jour.

Deux études ont traité de l'AT en poursuivant des objectifs différents. D'abord Stock et ses collaborateurs (1999) ont effectué une étude qualitative auprès des représentants de dix entreprises du secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal ainsi qu'auprès de deux personnes représentant l'assureur (CSST). Ces chercheurs voulaient dresser le portrait de la prise en charge des travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques en milieu de travail dans ce secteur particulier.

Les résultats révèlent que l'assignation temporaire (AT) était une mesure privilégiée par les entreprises dans leur stratégie de prise en charge des travailleurs présentant un TMS. Ces auteurs concluent que les approches et les formes de mesures de retour au travail diffèrent d'une entreprise à l'autre, et ils soulignent l'importance d'inclure le travailleur blessé dans le processus d'AT afin de susciter sa collaboration. Les auteurs soulignent aussi que la prise en charge des travailleurs présentant des TMS implique plusieurs acteurs internes et externes à l'entreprise, et dont les objectifs peuvent différer, et ils précisent l'importance de la communication et de la collaboration entre les acteurs impliqués afin que ces derniers se concertent sur l'objectif commun du retour au travail du travailleur blessé. Stock et ses collaborateurs (1999) ont aussi soulevé des éléments pouvant faire obstacle à la prise en charge de ces travailleurs. Il s'agit, entre autres, de la communication difficile entre le médecin traitant et les représentants de l'entreprise. Le conflit de rôle, vécu par le superviseur qui doit assurer la productivité de son équipe de travail tout en assumant le suivi du travailleur en AT, est un autre obstacle potentiel, tout comme la difficulté pour cet acteur d'identifier des tâches que le travailleur blessé est en mesure de faire. À la lumière de ces résultats, Stock et ses collaborateurs (1999) concluent à la nécessité de développer des outils destinés aux acteurs du milieu de travail qui ont pour but de faciliter les décisions relatives à la prise en charge des travailleurs atteints de TMS.

La seconde étude, celle de Baril et Berthelette (2000), avait comme objectif de développer un cadre conceptuel et un modèle théorique des déterminants organisationnels de l'implantation d'intervention de retour au travail par des entreprises à l'intention de travailleurs souffrant de lésions professionnelles. Pour ce faire, ces auteurs ont procédé à une étude descriptive des caractéristiques des travailleurs ayant déclaré une lésion professionnelle dans un secteur de l'île de Montréal et dans la région de l'Estrie entre janvier 1994 et mars 1997. Outre l'analyse des bases de données, des entrevues faites auprès de travailleurs, de ressources provenant de la CSST et de représentants d'entreprises ont été réalisées. Les résultats de cette étude indiquent la présence de mesures de maintien du lien d'emploi dans 21% de dossiers étudiés, parmi lesquels 90% incluaient la mesure d'AT. Certaines caractéristiques structurelles des entreprises paraissent avoir un effet sur l'importance des ressources consacrées aux interventions de maintien du lien d'emploi. La taille de l'entreprise est l'une d'elles. En effet, la grande entreprise se distingue de la petite entreprise par la présence de mesures de maintien du lien d'emploi.

Les entrevues menées auprès de représentants d'entreprises ont permis de mettre en contexte les résultats tirés des bases de données de la CSST et ont démontré que les mesures de maintien du lien d'emploi sont mises en place par les entreprises principalement dans le but de minimiser les coûts directs et indirects liés aux lésions professionnelles. Baril et Berthelette (2000) concluent que le fait de maintenir le travailleur en emploi dans des tâches productives impliquerait des gains pour les entreprises. Ils mentionnent toutefois que cela requiert l'implication de différents groupes d'acteurs dans les organisations, ce qui engendre également des coûts. Ils suggèrent que soient faites des études évaluant les relations coûts-avantages des différentes interventions du maintien du lien d'emploi pour les travailleurs et les entreprises.

En 2005, faisant suite à leur étude de 1999, Stock et ses collaborateurs ont publié le Guide et les outils de maintien et de retour au travail (guide OMRT) (Stock et al., 2005). Ce guide vise à outiller les employeurs dans le processus de maintien et de retour au travail de leurs travailleurs souffrant de TMS incluant la mesure d'AT. Ce guide est issu d'un travail interdisciplinaire entre chercheurs, professionnels et universitaires provenant des disciplines de la santé, des sciences sociales et de l'ergonomie (Stock et al., 2005). Il propose un modèle de prise en charge basé sur le rôle de l'employeur, qui est identifié comme le responsable de la mise en œuvre du programme de retour au travail. Son approche est axée sur les facteurs de risque critiques pour chacune des régions corporelles atteintes, soit le dos, le cou et/ou l'épaule, le coude, la main et/ou le poignet. Le guide OMRT contient une série de grilles visant à permettre à l'employeur d'estimer les exigences physiques de la tâche du travailleur selon la région corporelle atteinte. Par exemple, pour un travailleur présentant une lombalgie, la grille questionne sur les efforts de manutention (prendre, porter, déposer) en fonction de la hauteur de prise et de dépôt de la charge et en fonction de la distance horizontale de prise et de dépôt par rapport au corps. Le poids des objets et la fréquence de manutention sont aussi questionnés. Aussi, les efforts en tirant et en poussant, la position de travail (assis, debout), les postures exigeantes (flexion, flexion latérale, torsion, extension, posture accroupie, etc.), les déplacements ainsi que plusieurs autres risques sont questionnés dans le but d'établir les exigences du travail et évaluer si le travailleur est en mesure d'accomplir celui-ci sans risque pour sa santé.

Le guide OMRT paraissait en phase avec l'organisation des services entourant le retour au travail des travailleurs québécois puisqu'il confirmait l'employeur comme étant le responsable de la mise en place de la mesure d'AT et permettait que celle-ci soit faite sans l'apport de ressources professionnelles et/ou externes à l'entreprise. De plus, le guide OMRT a fait l'objet d'efforts de diffusion et de formations auprès des employeurs et des médecins traitants afin de faciliter son implantation dans les entreprises du Québec. Cependant, en 2007, le Journal of Ergonomics Society of Korea publie un article de Malo, Stock et Kumashiro qui mentionne que l'approche axée sur les facteurs de risques critiques pour chacune des régions corporelles atteintes, qui est proposée dans le guide OMRT, exigerait que ses utilisateurs aient des compétences spécifiques en ergonomie, ce qui limiterait son utilisation autonome par les entreprises.

En somme, il apparaît que les interventions en milieu de travail favorisent le retour au travail dans la mesure où elles contiennent des composantes et des mécanismes spécifiques (Durand et al., 2017). L'AT constitue donc une mesure à fort potentiel pour favoriser le retour au travail des travailleurs blessés au Québec puisqu'elle implique plusieurs caractéristiques et mécanismes décrits par Durand et al. (2017) et est une pratique adoptée par les entreprises. Par ailleurs, les connaissances relative à la mise en œuvre de l'AT dans les entreprises, qui ont été produites il y a près de 20 ans, démontraient un écart entre la pratique des entreprises et les données probantes et concluaient au besoin d'outiller les employeurs pour que cette mesure à fort potentiel puisse porter ses fruits. Considérant que ce besoin apparaît toujours non comblé, il y a lieu de croire que les constats de Stock et al. (1999) sont encore actuels.

### **1.5 L'évaluation économique des interventions centrées sur le milieu de travail**

Dans le contexte où les problèmes de santé liés au travail constituent un fardeau économique majeur et que les ressources humaines et financières disponibles pour les interventions de prévention et de retour en emploi sont limitées, il devient impératif de faire des choix permettant la meilleure allocation possible des ressources. En analysant de façon comparative les coûts et les avantages des différentes interventions alternatives, les évaluations économiques dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail produisent des résultats qui peuvent éclairer et orienter la prise de décision tant pour les décideurs publics que pour les entreprises (Sultan-Taïeb, 2011; Uegaki et al., 2010).

Dans ce cadre, un type d'analyse économique intéressant pour les entreprises pourrait être l'analyse coût-avantage. Drummond et ses collaborateurs (2005) définissent l'évaluation économique comme la synthèse des coûts d'une intervention et de ses effets, par comparaison avec une intervention alternative.

Ils identifient trois types d'analyse coût-avantage : l'analyse coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice. D'abord, l'analyse coût-efficacité qui mesure les coûts de l'intervention par unité d'effet physique, les effets étant alors mesurés de façon unidimensionnelle en unités physiques (non monétaires), par exemple le nombre d'années de vie gagnée ou le nombre de cas de pathologie évités suite à l'intervention. L'analyse coût-utilité mesure, pour sa part, les coûts de l'intervention par unité de qualité de vie. Dans cette analyse, les effets sont mesurés de façon bidimensionnelle, par exemple le nombre d'années de vie gagnée pondéré par un coefficient de qualité de vie. Les résultats des deux précédents types d'analyses sont généralement présentés sous forme de ratio. La troisième méthode d'analyse économique est l'analyse coût-bénéfice. Elle mesure les effets selon une approche multidimensionnelle où les différents indicateurs d'effet sont tous exprimés en terme monétaire et peuvent donc être agrégés sous forme d'un indicateur synthétique par addition des effets monétaires. Les résultats de ce type d'analyse sont alors la différence entre les coûts de l'intervention et les bénéfices de celle-ci. Dans ces trois méthodes, les coûts et les effets sont analysés de façon incrémentale, c'est-à-dire en faisant la différence entre les coûts d'une intervention par rapport à une stratégie alternative, de même pour les effets.

Quelle que soit la méthode d'analyse choisie, la perspective adoptée jouera un rôle essentiel dans l'évaluation étant donné qu'elle déterminera la nature des éléments de coûts et d'avantages pris en compte. En effet, une évaluation économique comparant des interventions adoptant la perspective de la société tiendra compte des coûts et des bénéfices liés à ces interventions pour l'ensemble des acteurs économiques (employeurs, financeurs et assureurs, travailleurs par exemple) et permettra d'avoir une image large de ses conséquences. Par ailleurs, lorsqu'elle est réalisée selon la perspective de l'employeur, l'analyse coût-avantage produit des résultats permettant d'éclairer les décisions de gestion des entreprises (Sultan-Taïeb, 2011).

Actuellement, il existe peu d'études économiques sur les interventions en milieu de travail pour des travailleurs présentant une lombalgie. Une revue de littérature publiée en 2010 (Carroll et al.,

2010) rend compte des résultats de quatre évaluations économiques qui comparent des interventions en milieu de travail à l'intervention usuelle, soit l'intervention effectuée en clinique. Deux de ces évaluations, celle de Steenstra et coll. (2006) ainsi que celle de Jensen et coll. (2005), adoptent la perspective de la société. L'étude de Loisel et coll. (1997) adopte la perspective de l'assureur tandis que celle de Staal et coll. (2004) adopte celle de l'employeur.

Il est intéressant de constater que quelle que soit la perspective adoptée, les résultats rapportés dans la revue de littérature de Carroll et ses collaborateurs (2010) démontrent que l'intervention en milieu de travail présente des avantages financiers lorsqu'on la compare à l'intervention usuelle en clinique.

### **1.6 Le contexte assurantiel québécois**

La répartition et le choix des éléments de coûts et de bénéfices qui sont inclus dans l'évaluation économique de différentes interventions diffèrent selon le contexte dans lequel elles sont mises en place. Au Québec, la loi sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) encadre les lésions professionnelles, tandis que l'organisme chargé de l'application de cette loi est la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Ce système d'assurance sociale relié au travail est exclusivement financé par les employeurs par le biais des cotisations qu'ils y versent. Les entreprises, selon leur masse salariale, sont soumises à trois différents modes de cotisation (<http://www.csst.qc.ca/employeurs/assurance/classification-tarification>). Le premier mode, la tarification au taux unitaire, s'adresse aux petites entreprises soit celles dont la prime annuelle est inférieure à 7 500\$. Ce mode de tarification calcule les primes en fonction du risque moyen lié au secteur d'activité de l'entreprise. Il ne tient pas compte du bilan de santé et sécurité dans une entreprise en particulier, il vise plutôt à stabiliser le montant des cotisations et, ainsi, à sécuriser le tissu des petites entreprises québécoises qui pourrait être fragilisé par des accidents graves si ceux-ci étaient associés à de très fortes hausses de cotisation. La seconde méthode de calcul, la tarification au taux personnalisé, s'adresse aux entreprises de taille moyenne à grande, soit celles dont la prime annuelle à la CNESST se situe entre 7 500\$ et 400 000\$ et permet de faire varier une partie de la cotisation en fonction de l'historique de santé et sécurité de l'entreprise. De cette façon, les efforts faits par l'entreprise pour améliorer son bilan de santé et sécurité sont récompensés tout en permettant de conserver une certaine stabilité sur le plan du montant des cotisations. Les petites entreprises peuvent aussi profiter de cette forme de calcul de la cotisation en se joignant à une mutuelle de prévention qui

est un regroupement d'employeurs pouvant provenir de secteurs d'activités très différents, et qui choisissent de s'engager dans une démarche favorisant la prévention des lésions professionnelles, la réadaptation et le retour en emploi des travailleurs accidentés ([http://www.csst.qc.ca/prevention/mutuelles\\_prevention](http://www.csst.qc.ca/prevention/mutuelles_prevention)). La troisième méthode de calcul de la cotisation est la tarification rétrospective. Elle s'adresse aux très grandes entreprises, soit celles dont la cotisation annuelle à verser à la CNESST est supérieure à 400 000\$, et permet à l'employeur d'exercer un grand contrôle sur le montant de ses cotisations étant donné qu'elles sont étroitement liées à sa performance en matière de santé et de sécurité au travail. En effet, les efforts consacrés à la prévention ainsi qu'au retour et au maintien des travailleurs en emploi font l'objet d'incitatifs financiers tangibles et d'effets directs sur le montant des cotisations. Ainsi, par la méthode de calcul des cotisations à verser à la CNESST, les grandes entreprises ont un incitatif financier direct à mettre en place la mesure d'AT. Les moyennes entreprises ainsi que celles qui font partie d'une mutuelle de prévention ont, elles aussi, un incitatif à mettre en place la mesure quoique celui-ci soit moins direct. Ces réductions de cotisations liées à la mise en place de la mesure d'AT sont d'une ampleur suffisante pour que les entreprises soient satisfaites et omettent de tenir compte de l'ensemble des coûts qui peuvent découler de la façon dont la mesure est mise en place. À titre d'exemple, la baisse de productivité, le temps consacré au travailleur blessé par ses collègues, les coûts liés au remplacement, à la formation ainsi que la perte d'expertise sont aussi des éléments qui doivent être pris en compte dans l'évaluation des impacts financiers de la mesure (Lebeau et Duguay, 2011). Quant aux entreprises qui cotisent à la CNESST selon la tarification au taux unitaire, elles n'ont aucun incitatif financier à faire de l'AT. Au Québec, l'évaluation économique d'une intervention centrée sur le milieu de travail doit tenir compte de ces paramètres de cotisation à l'assureur.

À notre connaissance, les évaluations économiques comparant différentes façons de mettre en place l'AT dans les entreprises sont inexistantes. Qui plus est, selon notre revue de la littérature, il n'y a pas de publication réalisant une évaluation économique et comparant le fait de mettre en place ou non l'AT dans une entreprise. Toutefois, il est documenté que les entreprises utilisent la mesure d'AT dans l'objectif de réduire les cotisations à verser à la CNESST, cotisations engendrées par les lésions professionnelles (Lafond et al., 2011; Baril & Berthelette, 2000; Stock et al., 1999). Aucune de ces publications n'apporte, en revanche, d'informations relatives à l'impact financier réel de la mise en place de l'AT dans le cas d'une lésion professionnelle.



## CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET PERTINENCE DE LA RECHERCHE

---

L'objectif général de cette étude consiste à développer un outil permettant aux employeurs québécois de mettre en place une mesure d'AT qui soit optimale pour la santé des travailleurs présentant une lombalgie, et d'explorer les effets économiques potentiels de la mise en place de celle-ci.

Or, la mise en place de la mesure d'AT dans une entreprise correspond à la définition d'une intervention complexe en ce sens qu'elle implique différentes composantes d'intervention qui interagissent entre elles. Une intervention complexe engage différents groupes d'acteurs à divers paliers de l'organisation et sa mise en œuvre nécessite flexibilité et capacité d'adaptation des différentes parties prenantes (Craig et al., 2006).

En effet, l'AT s'inscrit dans un contexte organisationnel caractérisé par la présence de plusieurs acteurs entourant le travailleur blessé dont ses collègues, le superviseur, les responsables de la santé et de la sécurité, les membres de la haute direction ainsi que le médecin traitant. Ces différents acteurs ont des mandats et des objectifs différents et parfois divergents, ce qui peut avoir une incidence sur la mise en œuvre de l'AT (Berthelette et al., 2008; Stock et al., 1999). Par conséquent, pour réaliser cette étude, il a été nécessaire de s'appuyer sur des principes directeurs pour le développement et l'évaluation d'interventions complexes.

À cet effet, le Conseil de la recherche médicale du Royaume-Uni a recommandé que le développement d'une intervention complexe soit appuyé sur des données probantes et implique les utilisateurs potentiels afin qu'elle soit applicable et réalisable dans le contexte où elle sera implantée (Craig et al., 2006). Ces principes sont également soutenus par Lortie et ses collaborateurs (2012) qui mentionnent que la préoccupation de l'implantation de l'outil doit être considérée dès l'étape du développement afin de faciliter son adoption par le public cible. Ces auteurs soulignent aussi différents attributs que doivent présenter un outil afin que celui-ci soit adopté par le public cible. Il s'agit, entre autres, que l'outil soit compatible avec les normes et les valeurs du contexte d'implantation et que ses recommandations soient simples, claires et appuyées par une discussion sur les bénéfices potentiels qu'il présente pour le milieu adoptant (Lortie et al., 2012).

Pour s'inscrire dans cette perspective, les objectifs spécifiques suivants ont été élaborés :

1. Explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises.
2. Identifier les actions à mettre en place afin de déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques.
3. Analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT selon la perspective de l'employeur.
4. Explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ auprès d'utilisateurs potentiels.

En somme, le développement de l'outil SPATEQ s'inscrit dans les recommandations de Lortie et al. (2012) étant donné : que l'objectif 1 permettra de mieux comprendre les normes et les valeurs des entreprises afin d'en tenir compte dans le développement de l'outil ce qui facilitera son adoption par le public cible; que l'objectif 2 permettra de s'assurer que les actions proposées dans l'outil soient basées sur les données probantes et soient faisables dans le contexte spécifique de l'AT; et que l'objectif 3 permettra d'inclure une discussion sur les bénéfices potentiels qu'il présente pour le milieu adoptant ce qui incitera les employeurs à amorcer un changement dans leur pratique. Enfin, l'objectif 4 permettra une première étape d'évaluation de l'acceptabilité de l'outil, soit l'acceptabilité prospective.

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

---

Cette étude s'inscrit dans une approche de recherche de développement (Contandriopoulos et al., 1990). Cette approche vise à mettre au point un outil, une intervention nouvelle ou à améliorer considérablement ce qui existe déjà en utilisant de façon systématique les connaissances existantes. La présente étude utilise un devis multiméthodes combinant des méthodes qualitatives et quantitatives afin de répondre aux différents objectifs spécifiques (Tashakkori et Teddlie, 2010). Afin de simplifier la présentation, les méthodes retenues dans cette étude sont présentées en fonction des quatre objectifs spécifiques. Rappelons que l'objectif général consiste à développer un outil permettant aux employeurs québécois de mettre en place une mesure d'AT optimale pour la santé des travailleurs présentant une lombalgie et d'explorer les effets économiques potentiels de la mise en place de l'AT optimale pour l'employeur.

### **3.1 Objectif 1 : Explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises**

#### ***3.1.1 Méthode***

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès de représentants d'employeurs afin d'établir un portrait de l'application actuelle de la mesure d'AT dans des entreprises du Québec.

#### ***3.1.2 Participants et procédures de recrutement***

L'échantillon de l'étude a été réalisé grâce à une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin, 2010). Cette stratégie avait pour but d'atteindre une diversité d'entreprises en regard du secteur d'activité, de la taille et de la présence syndicale. Pour être admissibles à l'étude, les entreprises devaient avoir réalisé la mesure d'AT auprès d'au moins un travailleur présentant une lombalgie au cours de la dernière année. Pour identifier les entreprises, trois sources ont été utilisées : 1) une liste d'entreprises comptant 50 travailleurs et plus du secteur Les Moulins de la région administrative de Lanaudière (liste ayant été obtenue par le biais du Centre local de développement Les Moulins), 2) les contacts professionnels de l'étudiante-chercheuse et 3) les contacts professionnels d'un des participants.

Le recrutement a débuté par l'envoi d'une lettre personnalisée à 35 entreprises provenant de la liste du Centre local de développement Les Moulins. Cette lettre est disponible à l'annexe 1. Les entreprises ciblées représentaient une diversité sur le plan des secteurs d'activité. Par la suite, deux employeurs connus de l'étudiante-chercheuse ont été sollicités pour participer à l'étude. Finalement, un participant a transmis la lettre de recrutement à 12 gestionnaires de ressources humaines de son réseau de contacts professionnels, ce qui a permis de compléter l'échantillon. La lettre de recrutement s'adressait à la haute direction des entreprises et mentionnait notre intérêt à rencontrer une personne impliquée dans la gestion de l'AT, sans spécifier le titre ou le poste de la personne ciblée pour agir comme informateur-clé. Cette façon de faire visait à explorer, dès le recrutement des participants, l'organisation des rôles et responsabilités entourant la mesure d'AT dans les entreprises.

Les critères de sélection des participants à l'étude ont été les suivants:

- 1) être impliqué ou avoir été impliqué au cours de la dernière année dans la gestion de l'AT au sein d'une entreprise.
- 2) communiquer verbalement en français.

### ***3.1.3 Collecte de données***

Des entrevues semi-dirigées effectuées en face à face, d'une durée d'environ 60 minutes, ont été menées auprès de représentants d'entreprises. Un guide d'entrevue a été utilisé et comprenait deux parties. La première partie a été développée à partir du processus en six étapes de gestion de l'absence et du retour au travail décrit par Durand et ses collaborateurs (Durand et al., 2014). La seconde partie explorait les réflexions de l'entreprise relativement aux enjeux économiques liés à l'AT, c'est-à-dire les motifs économiques d'implanter la mesure ainsi que le suivi des coûts et des bénéfices de sa mise en œuvre. Le guide a été prétesté auprès d'une personne ayant les mêmes caractéristiques que les participants recherchés afin de s'assurer de la clarté des questions. Le guide d'entrevue est disponible à l'annexe 1. Les entrevues ont été enregistrées en audio et transcrites sous forme de verbatim.

### ***3.1.4 Analyse***

La méthode par questionnement analytique, décrite par Paillé et Muchielli (2016), a été utilisée pour analyser les données recueillies.

Cette stratégie d'analyse qualitative consiste à poser des questions au corpus de données et se décline en trois étapes : 1) formuler, sélectionner ou adapter les questions opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés par le chercheur, 2) soumettre le corpus de données à diverses questions de manière à générer de nouvelles questions plus précises constituant un canevas investigatif et 3) répondre progressivement aux questions en générant des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats, de remarques, etc. Le cas échéant, de nouvelles questions peuvent être générées et le corpus de données est alors interrogé à nouveau permettant une saisie plus nuancée de l'objet de la recherche. Le canevas investigatif est un outil souple qui évolue afin d'accorder une attention aux phénomènes émergents contenus dans les données. Selon Paillé et Muchielli (2016), cette méthode d'analyse est en prise ferme avec les objectifs de la recherche et les particularités du corpus de données assurant ainsi un niveau de validité important. L'analyse a été faite en deux phases. D'abord, les entrevues faites dans chacune des entreprises ont été analysées de façon individuelle. De plus, la première entrevue a fait l'objet d'une analyse par deux membres de l'équipe de recherche afin de s'assurer de la cohérence des réponses aux questions du canevas investigatif et les divergences ont été discutées. Par la suite, les résultats de chaque entrevue ont été comparés pour faire émerger les convergences et les divergences des pratiques et des déterminants économiques. Un portrait de la pratique de l'AT et de ses déterminants économiques selon les entreprises rencontrées a ainsi été dressé. Le canevas investigatif est disponible à l'annexe 1.

### **3.2 Objectif 2 : Identifier les actions à mettre en place afin de déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques**

Cet objectif se décline en deux sous objectifs qui font appels à des méthodes différentes et qui sont présentés et traités de façon séquentielle dans cette étude.

#### ***3.2.1 Identifier les données probantes relatives à l'intervention en milieu de travail intégrant une forme de travail modifié ou allégé pour les travailleurs lombalgiques***

##### ***3.2.1.1 Méthode***

Pour répondre à ce sous-objectif, une revue intégrative de littérature a été faite (Whittemore & Knafl, 2005). Ce type de revue permet de combiner les résultats des études qualitatives et quantitatives pouvant devenir les assises d'une pratique basée sur les données probantes.

Les cinq étapes proposées par ces auteurs ont été suivies : 1) identifier la question de recherche, 2) définir les stratégies de recherche de la littérature, 3) choisir les études pertinentes selon des critères d'inclusion et d'exclusion, 4) analyser les données recueillies et 5) présenter les conclusions de la revue. Ces étapes sont présentées avec plus de détails.

### *3.2.1.2 Identifier la question*

Cette revue intégrative de littérature visait à répondre à la question suivante : Quelles sont les pratiques utilisant une forme de travail allégé ou modifié en milieu de travail, et qui favorisent la reprise du travail pour les personnes présentant des lombalgies?

### *3.2.1.3 Définir les stratégies de recherche documentaire*

Deux stratégies de recherche documentaire ont été mises en place. D'abord, une stratégie de recherche a été élaborée pour la consultation de banques de données. Cette stratégie a été développée par l'étudiante-chercheuse, avec l'appui d'une bibliothécaire de l'Université de Sherbrooke, en utilisant les trois concepts suivants : 1) « back pain » OR « low back pain » OR backache OR « lumbar pain » ; 2) intervention\* OR program\* OR service\* OR strateg\* ; ainsi que 3) Ligne 1: (return OR re-entry OR reintegrat\* OR disab\* OR incapacit\* OR absen\*) N2 (work OR workplace OR job OR duty OR employment OR occupational OR vocational) ) OR Ligne 2: ("sick leave" OR RTW OR rehabilitation vocational OR "occupational health" OR "occupational injur\*" OR "sick listed" OR "sickness absence").

Les banques de données CINAHL Plus, Academic Search Complete et MEDLINE ont été sélectionnées pour leur pertinence au domaine de recherche. La période de publication des articles retenus a été fixée du 1<sup>e</sup> janvier 1998 au 31 mars 2016. La date du début correspond à la publication d'une revue de littérature, celle de Krause et collaborateurs (1998), portant sur les interventions comprenant des tâches réelles de travail. Les résultats de cette revue prônaient l'adoption de telles interventions et ont donné lieu à plusieurs études subséquentes.

En second lieu, la recherche documentaire a été complétée par la consultation de sites web d'organismes de recherche reconnus dans le domaine de la santé au travail.

Les sites suivants ont été consultés: l'Institut national de santé publique du Québec; l'Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail; Work Institute ; United States Department of Labor-Occupational Safety and Health Administration ; Canadian Center for Occupational Health and Safety et Institute for Work & Health.

#### *3.2.1.4 Choisir les articles pertinents selon les critères d'inclusion et d'exclusion*

Les articles retenus ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants : présence d'une intervention en milieu de travail incluant une forme de travail allégé ou modifié, population étudiée présentant une lombalgie non spécifique et langues anglaise ou française. Les articles portant sur les interventions reliées à la prévention de la lombalgie ou dédiées à des lombalgies dont la cause est spécifique (grossesse, l'arthrite ou autres maladies rhumatoïdes, chirurgies) ont été exclus. La sélection des articles a été réalisée en trois étapes : d'abord à partir des titres, puis par la lecture des résumés et enfin, par la lecture complète de ceux-ci.

#### *3.2.1.5 Analyser les données*

Pour l'analyse, chaque article retenu a été lu dans son entièreté pour en extraire des citations répondant à la question principale de l'étude. La grille d'analyse était composée des trois colonnes suivantes : citations, principes et actions. Pour chacune des citations, l'étudiante-chercheuse a dégagé le ou les principes émergents, c'est-à-dire l'élément théorique ou le postulat principal discuté. Par la suite, les principes ont été repris et traduits en actions à mettre en place afin de déployer l'AT optimale. Afin de confirmer cette transformation des citations en principes puis des principes en actions, les vingt premières citations extraites et les principes et actions correspondants ont été validés par un autre membre de l'équipe de recherche. En cas d'écart d'interprétation entre les deux personnes, le matériel a été discuté afin d'obtenir un consensus. À titre d'exemple, voici les transformations effectuées dans le cadre de l'analyse sur une citation tirée de l'article d'Ammendolia et ses collaborateurs publiée en 2009: « It is important that the injured worker feels empowered by the return to work process and that her/his reasonable concerns are addressed. » Cette citation a été traduite en principe de la façon suivante : La démarche d'AT optimale tient compte des préoccupations et des obstacles perçus par le travailleur.

La troisième et dernière étape consistait à transposer ce principe en action à mettre en place afin de déployer l'AT optimale. Dans cet exemple, l'action résultante a été : Le travailleur et le superviseur discutent de leurs préoccupations et de leurs perceptions des éléments pouvant faire obstacle à l'AT.

#### *3.2.1.6 Présenter les conclusions de la revue de littérature*

Les conclusions de la revue de littérature ont par la suite été présentées à un groupe d'experts consultés dans le cadre de la prochaine étape de cette étude (voir 3.2.2).

### ***3.2.2 Évaluer l'utilité des actions issues de la revue intégrative dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec***

#### *3.2.2.1 Méthode*

La méthode Delphi a été utilisée afin d'évaluer l'utilité de chacune des actions issues de la revue intégrative dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec. Cette méthode de consensus est reconnue pour être un processus structuré de communication permettant à un groupe d'individus de gérer ensemble un problème complexe (Corbière & Larivière, 2014 ; Bourré et al., 2008).

#### *3.2.2.2 Participants et procédure de recrutement*

Un échantillon de 10 experts cliniques ou scientifiques a été formé grâce à une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné (Fortin, 2010). Les participants ont été recrutés à partir d'une liste d'experts identifiés par l'équipe de recherche. Pour être qualifiée d'« expert clinique », une personne devait avoir au moins trois ans d'expérience clinique en réadaptation au travail, tandis qu'un « expert scientifique » devait avoir publié au moins deux articles scientifiques en lien avec le sujet des lombalgies ou celui de l'intervention centrée sur le milieu de travail. Les experts devaient évoluer dans le contexte québécois ou bien le connaître étant donné qu'ils devaient être en mesure de juger de l'utilité de chacune des actions proposées dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec. De plus, les experts devaient être en mesure de lire et écrire le français. Une diversité de formation disciplinaire a été recherchée afin de recueillir un large spectre d'opinions. Quatorze experts ont été invités par courriel à participer à la consultation. Le texte du courriel de recrutement est disponible à l'annexe 2.



### *3.2.2.3 Collecte de données*

La consultation a été faite en utilisant Lime Survey version 2.00, un logiciel de consultation web disponible à la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé de l'Université de Sherbrooke. Un prétest du formulaire web a été fait auprès de deux personnes afin de vérifier la navigation. La collecte de données a été réalisée sur une période de deux semaines à la fin de l'automne 2016. Une fois le consentement des participants obtenu, un courriel contenant un lien URL permettant d'accéder à la consultation web leur est parvenu. Un courriel de rappel a été envoyé aux experts n'ayant pas complété le sondage quatre jours avant la fin de la période de collecte afin d'augmenter le taux de participation. Un courriel de remerciement a été envoyé aux experts suite à la complétion de la consultation. Le formulaire de consentement ainsi que les textes des courriels de rappel et de remerciement sont disponibles à l'annexe 2.

### *3.2.2.4 Contenu de la consultation*

Le formulaire de la consultation comportait deux parties. La première partie présentait une définition de l'AT optimale en regard de la santé des personnes lombalgiques ainsi que les effets qui peuvent en être tirés pour le travailleur et pour l'employeur. Ce contenu provenait de la liste des principes issue de la revue intégrative de littérature. Les experts n'étaient pas appelés à se prononcer au sujet de ces éléments qui ont été présentés dans le but d'établir un cadre commun pour les réflexions du groupe. La seconde partie était la consultation à proprement parler. Elle sollicitait l'avis des experts au sujet de l'utilité des actions étant issues de la revue intégrative de littérature (3.2.1.) dans le cadre de la mise en place de l'AT optimale au Québec. Rappelons que l'utilité se définit comme le caractère de ce qui sert à quelque chose (Le Petit Larousse illustré, 2015).

Afin de documenter l'opinion des experts quant à l'utilité des actions proposées, une échelle de Likert en quatre points a été utilisée: 1) pas du tout utile ; 2) très peu utile ; 3) un peu utile ; et 4) très utile. Les experts ont aussi été invités à commenter les actions qu'ils jugeaient « pas du tout utiles » ou « très peu utiles » et à ajouter tout autre commentaire qu'ils souhaitaient porter à l'attention de l'équipe de recherche. Le questionnaire de la consultation web est disponible à l'annexe 2.

### *3.2.2.4 Analyse des données recueillies*

Selon Corbière et Larivière (2014), il n'existe pas de consensus à propos du critère de consensus d'une consultation par la méthode Delphi. Il appartient à l'équipe de recherche d'y réfléchir et d'établir ce critère de consensus clairement antérieurement à la consultation. Dans le cadre de cette étude, le critère de consensus a été établi de la façon suivante: une action sera considérée comme faisant l'objet d'un consensus des experts lorsque la moyenne arithmétique des valeurs obtenues pour chacune des actions sera égale ou supérieure à 3/4. Étant donné le petit échantillon, aucune analyse distincte en fonction du profil des experts n'a été réalisée.

### **3.3 Objectif 3 : Analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT selon la perspective de l'employeur**

Deux résultats obtenus à l'objectif 1 ont guidé l'analyse économique produite à cette étape, soit : 1) l'existence de différentes formes d'AT présentes en entreprise; et 2) le peu d'intérêt des employeurs à évaluer les bénéfices à en attendre autres que la baisse de la cotisation CNESST (voir chapitre 4 : résultats). À partir de ces résultats, il a été convenu de modéliser les formes d'AT présentes en entreprise sur la base des concepts de l'évaluation économique en santé au travail selon la perspective de l'employeur en fonction d'un scénario de comparaison, afin de décrire les résultats nets de la mise en place de chacune des formes d'AT.

#### **3.3.1 Méthode**

Un tableau d'analyse économique a été élaboré en procédant aux étapes suivantes : d'abord en définissant de façon détaillée les formes d'AT qui font l'objet de l'évaluation économique, puis en formulant une série d'hypothèses sur les éléments de coûts et de bénéfices qui peuvent être associés aux différentes formes d'AT. Une analyse économique exploratoire a ensuite été menée pour synthétiser les informations disponibles sur les types de coûts et de gains pour chacune des formes d'AT.

##### *3.3.1.1 Définition des différentes formes d'AT*

AT 1 : C'est la forme d'AT qui sert d'élément de comparaison dans la présente étude. Elle est constituée de tâches qui sont en dehors de la production normale et inutiles pour l'entreprise.

Le travailleur est convoqué au travail, mais n'effectue aucune tâche à valeur ajoutée pour l'entreprise. Il peut même, par moment, n'avoir aucune tâche à faire. Afin de maintenir la productivité de l'entreprise, le travailleur blessé doit être remplacé à son poste habituel. Les tâches auxquelles il est assigné ne lui permettent pas de développer ses capacités physiques en vue de reprendre ses tâches de travail régulières. Le choix des tâches d'AT ne tient pas compte de ses compétences et de son expérience. Il n'y a pas de suivi régulier relativement aux tâches qu'il effectue. Il a peu ou pas de contact avec ses collègues pendant qu'il effectue ses tâches.

AT 2 : Une forme d'AT dont les tâches sont utiles pour l'entreprise, mais en dehors de la production normale. Le travailleur effectue des tâches qui ne sont pas réalisées dans l'entreprise lorsqu'aucun travailleur blessé n'est en AT. Par exemple, le travailleur assigné à des tâches d'AT de la forme 2 peut être appelé à faire du déchiquetage de papier (qui n'aurait pas été fait ou qui aurait été imparti à faible coût) ou être affecté à un contrôle additionnel de qualité (ce qui peut s'avérer d'une certaine utilité, mais dont la valeur ajoutée est faible). Tout comme pour la forme d'AT précédente, il doit être remplacé à son poste habituel afin de maintenir la productivité de l'entreprise, il ne développe pas ses capacités physiques en vue d'un retour au travail régulier, n'utilise pas ses compétences et son expérience, bénéficie de très peu de suivi et a peu de contact avec ses collègues.

AT 3 : Une forme d'AT dont les tâches font partie de la production, mais qui sont choisies parce qu'elles sont peu exigeantes physiquement. Le travailleur demeure dans la production, dans une équipe de travail (souvent la même que dans son travail régulier) au sein de laquelle une réorganisation des tâches a eu lieu afin de dégager des tâches qu'il est en mesure de faire. Il bénéficie d'un suivi régulier de la part du superviseur afin d'ajuster les tâches d'AT à ses capacités. Les tâches qui sont effectuées par le travailleur blessé sont parfois éloignées de son travail régulier étant donné qu'elles sont choisies en fonction de leurs exigences physiques et non en fonction de ses compétences et de son expérience. Si le travail régulier du travailleur blessé est constitué de tâches spécialisées, il devra possiblement être remplacé afin de maintenir la productivité de l'entreprise. Toutefois, dans le cas où il n'occupe pas des fonctions spécialisées, une réorganisation des tâches dans l'équipe permettra d'éviter les frais de recrutement et de formation d'un remplaçant.

AT 4 : Une forme d'AT dont les tâches font partie de la production normale de l'entreprise et qui sont choisies en fonction des compétences et de l'expertise du travailleur blessé. Le travailleur assume des tâches qui sont très près de son travail régulier et obtient de l'aide d'un collègue pour effectuer certains éléments de tâche qu'il n'est pas en mesure de faire. Il demeure dans son équipe de travail et demeure sous l'autorité de son superviseur habituel. Les tâches qu'il effectue sont choisies en fonction de ses capacités, mais aussi en fonction de ses compétences et de son expertise. Il bénéficie d'un suivi régulier de la part de son superviseur afin d'ajuster les tâches à ses capacités et de s'assurer qu'il obtient l'aide qu'il requiert pour pallier à ses incapacités. Ses tâches lui permettent de développer ses capacités dans le but de retourner à son travail régulier le plus rapidement possible. Il n'a pas à être remplacé à son poste régulier.

### *3.3.1.2 Identification des éléments de coûts et de bénéfices*

Les éléments de coûts et de bénéfices reliés à la mise en place de l'AT dans la perspective de l'employeur ont été identifiés en s'appuyant sur les concepts utilisés en économie de la santé (Drummond et al., 2005) et déployés en économie de la santé au travail par Tompa et ses collaborateurs (Tompa et al., 2008). Pour estimer les gains et les coûts de la mise en œuvre des différentes formes d'AT nous avons utilisé une approche comparative entre différentes options, tel que recommandé dans les évaluations économiques (Drummond, et al., 2005; Brousselle et al., 2009). Dans le cadre de cette étude, chacune des formes d'AT a été comparée à une forme d'AT minimale (AT 1) où le travailleur blessé est au travail, mais ne réalise aucune activité utile ou productive. Les gains ont été calculés de façon incrémentale, comme la différence entre les gains de l'AT 1 et ceux de l'AT considérée (AT 2, 3 ou 4), et de la même façon pour les coûts de mise en œuvre.

Les gains relatifs à la mise en place des formes d'AT sont les gains de production, les gains liés au retour anticipé du travailleur à son travail régulier, les coûts évités de remplacement recrutement du travailleur blessé. Pour ce qui est des frais en lien avec la mise en place des formes d'AT, il s'agit des frais relatifs aux efforts de supervision du travailleur en AT, à l'effort de réorganisation de l'équipe pour intégrer le travailleur blessé, à l'effort d'un collègue pour apporter soutien et aide au travailleur en AT ainsi que les frais liés à la consultation d'un professionnel de l'ergonomie. Par la suite, pour chacune des formes d'AT, des hypothèses sur les ordres de grandeur respectifs de ces coûts et bénéfices ont été formulées.

Tel que mentionné précédemment, les éléments de gains, de coûts évités ainsi que les frais encourus inclus dans une évaluation économique dépendent de la perspective adoptée. Dans le cas de cette étude, l'évaluation économique a adopté la perspective de l'employeur étant donné que l'outil en développement s'adresse à lui et vise à améliorer sa connaissance des impacts des différentes formes d'AT qu'il met en place. Le tableau 1 expose en détail des éléments de coûts et de bénéfices ainsi que les hypothèses qui les sous-tendent.

Tableau 1 : Indicateurs économiques et hypothèses pour la modélisation

Gains et coûts évités par la mise en place des formes d'AT	Concept, approche ou source utilisés pour l'estimation des indicateurs et hypothèses retenus.
Gains de production liés au choix des tâches faites en AT.	<p>-La méthode du capital humain (Rice, 1967) a été utilisée pour valoriser monétairement ces gains. Selon cette théorie, la valeur de la production est équivalente au salaire horaire (W) qui est habituellement versé à un travailleur pour faire cette tâche. Plus la tâche effectuée est spécialisée, plus la valeur de la production qui en découle est élevée.</p> <p>-L'hypothèse est que la valeur de W varie selon le type d'AT :</p> <p><math>W_2</math> : La valeur d'une tâche d'AT qui n'est habituellement pas faite dans l'entreprise comme dans le cas de l'AT 2. Elle est établie à une fraction du salaire minimum par heure, est parfois égale à zéro et est nettement inférieure à <math>W_3</math> et <math>W_4</math>.</p> <p><math>W_3</math> : La valeur de la tâche effectuée par un travailleur en AT qui requiert moins de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier. Lorsque le travailleur en AT est affecté à des tâches qui requièrent moins de compétences et d'expérience que celles qu'il possède, la valeur de la production qu'il réalise en AT est valorisée à ce salaire. Cette situation peut se présenter dans la forme d'AT 3.</p> <p><math>W_4</math> : La valeur de la production horaire est la même que celle réalisée par le travailleur avant son arrêt de travail étant donné que la tâche qu'il effectue en AT requiert le même niveau de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier. Cette situation se présente dans l'AT 3 et dans l'AT 4.</p> <p>Considérant ce qui précède : <math>W_2 &lt; W_3 &lt; W_4</math></p> <p>-Pour chacune des formes d'AT, l'hypothèse retenue est que le travailleur effectue ses tâches 40h/semaine (<math>H=40</math>).</p> <p>-La mise en place de l'AT 1 implique que le travailleur en AT n'effectue aucune tâche, il n'apporte donc aucune valeur de production à l'entreprise. (<math>W=0</math>)</p>
Gains additionnels de production reliés au retour anticipé du travailleur blessé à son travail régulier.	<p>-Les informations contenues dans la revue Cochrane (Van Vilsteren et al., 2016) ont été à la base de l'estimation de cet indicateur (résultats de l'objectif 2). Selon ces auteurs, un travailleur présentant un TMS reviendra au travail régulier 1,44 fois (ou 44%) plus rapidement s'il profite d'une intervention en milieu de travail comparable à ce que nous décrivons comme l'AT 4 en comparaison à aucune AT.</p> <p>-Si le nombre d'heures d'absence moyen lorsqu'aucune AT n'est mise en place égale <math>H_A</math>, le nombre d'heures d'absence évitées grâce à la mise en place de l'AT 4 est <math>H_{R4} = H_A \times 0,44</math>.</p> <p>-La littérature scientifique ne fournit pas d'information sur l'effet de la mise en place de l'AT 1, 2 ou 3. L'expérience clinique nous suggère que le fait d'être affecté à des tâches d'AT non significatives pour le travailleur peut augmenter la durée d'absence à son poste régulier considérant l'effet délétère que cela peut avoir sur sa perception de son image de travailleur. Par ailleurs, pour les fins du présent calcul, nous adoptons l'hypothèse conservatrice suivante : la mise en place de l'AT 1 ou 2 a un effet neutre sur le délai de retour au travail en comparaison avec la situation où aucune AT n'est mise en place. (<math>H_{R1-2} = H_A \times 0</math>).</p> <p>-Considérant que l'AT 3 présente plusieurs caractéristiques de l'AT 4, nous émettons l'hypothèse basée sur la logique que sa mise en place permet d'éviter un nombre d'heures d'absence (<math>H_{R3} &gt; 0</math>) sans toutefois que l'on puisse le quantifier ni le comparer à <math>H_{R4}</math>.</p>
Coûts évités de remplacement du travailleur en AT.	<p>-Certains représentants d'employeurs interrogés lors des entrevues réalisées pour l'objectif 1 de la présente étude évaluent les frais de recrutement et de formation d'un travailleur à 1,5 fois le salaire annuel du travailleur que l'on désire remplacer. Toutefois, pour les fins de notre exercice de modélisation, nous adoptons une hypothèse beaucoup plus conservatrice. Nous émettons l'hypothèse qu'un travailleur de remplacement est disponible dès la déclaration de la lésion, que son recrutement n'implique aucun coût et qu'il ne requiert pas d'être formé.</p> <p>-La mise en place des formes d'AT 1 et 2 implique des coûts de remplacement du travailleur en AT. La forme d'AT 3, lorsqu'elle est mise en place pour un travailleur spécialisé, les implique aussi. En revanche, ces frais sont évités lorsque l'AT 3 est mise en place pour un travailleur non spécialisé. Enfin, la mise en place de la forme d'AT 4 permet d'éviter les frais de remplacement.</p>

Tableau 1 : Indicateurs économiques et hypothèses pour la modélisation (suite)

Frais reliés à la mise en place des formes d'AT.	Concept, approche ou source utilisée pour l'estimation des indicateurs et hypothèses retenues.
Frais liés à l'effort de supervision du travailleur en AT.	<p>-Pour l'AT 2, nous basant sur la logique, nous estimons à 45 minutes par semaine le temps qui sera requis par le superviseur pour attribuer des tâches au travailleur blessé.</p> <p>-Pour l'AT 3 et l'AT 4, l'estimation du temps requis par le superviseur pour assurer la supervision du travailleur blessé (discuter de ses capacités, des exigences de la tâche, faire le suivi, etc.) est basée sur la revue de littérature et les entrevues faites auprès d'employeurs. Ce temps est estimé à 1 heure par semaine.</p>
Frais liés à l'effort de réorganisation de l'équipe de travail pour réintégrer le travailleur blessé.	<p>-En se basant sur la logique, nous émettons l'hypothèse qu'il n'y a aucun frais supplémentaire lié à l'effort de réorganisation des collègues lorsque l'entreprise opte pour l'AT 2, comparativement à l'AT 1, étant donné que le travailleur blessé est exclu de l'équipe.</p> <p>-Basé sur la revue de littérature et les entrevues auprès d'employeurs, on estime que la mise en place de l'AT 3 requerra 30 minutes/semaine du temps de chaque membre de l'équipe de travail ainsi que du superviseur afin de réorganiser le travail d'équipe afin d'intégrer le travailleur en AT. Pour les besoins du calcul, on estime que les équipes de travail comprennent en moyenne 10 travailleurs (N=10), ce paramètre pouvant nécessiter d'être ajusté à la situation rencontrée.</p> <p>-Lorsque l'AT 4 est mise en place, il n'y a pas d'effort de réorganisation des collègues car le travailleur en AT conserve son poste.</p>
Frais liés à l'effort d'un collègue pour apporter soutien et aide au travailleur en AT.	<p>-En se basant sur la logique, nous émettons l'hypothèse qu'il n'y a pas d'effort requis pour apporter soutien et aide au travailleur en AT lorsque l'AT 2 est mise en place étant donné que le travailleur blessé est affecté à des tâches qu'il est en mesure de faire sans aide.</p> <p>-De la même façon, nous émettons l'hypothèse qu'une fois les tâches réorganisées dans l'équipe de travail dans l'AT 3, le travailleur blessé est affecté à des tâches qu'il peut faire de façon autonome.</p> <p>-Pour l'AT 4, sur la base de la revue de littérature et les entrevues faites auprès d'employeurs, on estime que l'effort requis d'un collègue pour apporter soutien et aide au travailleur blessé est 5 heures par semaine (soit une moyenne d'une heure par jour).</p>
Frais liés à la consultation d'un professionnel de l'ergonomie.	<p>-Pour l'AT 2, en se basant sur la logique, nous émettons l'hypothèse que les tâches auxquelles est assigné le travailleur blessé ne soulèvent pas de questionnement sur sa capacité à les effectuer conséquemment il n'y a pas lieu de consulter un professionnel de l'ergonomie.</p> <p>-Lors de la mise en place de l'AT 3 et 4, nous émettons l'hypothèse basée sur l'expérience clinique et sur les entrevues auprès d'employeurs, que dans certaines situations plus complexes, une consultation avec un professionnel de l'ergonomie est requise pour aider le superviseur et le travailleur blessé à identifier les tâches d'AT qui seront les plus adaptées à sa condition. Cette consultation est ponctuelle et les frais qui y sont reliés ne sont pas estimés.</p>

### 3.3.2 Analyse

En fonction des hypothèses émises pour chacune des formes d'AT, les éléments de coûts et de bénéfices sont comparés avec le scénario de référence, soit l'AT 1. La synthèse de cette comparaison exprime le résultat net de la mise en place de chacune des formes d'AT en les comparant au scénario de référence. On fait ainsi une soustraction entre les gains de l'AT 1 et ceux de chacune des autres formes d'AT. On fait également une soustraction entre les coûts de mise en œuvre de l'AT 1 et ceux des autres formes d'AT en se basant sur les hypothèses formulées dans le tableau 1.

### **3.4 Objectif 4 : Explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ par des utilisateurs potentiels**

Les résultats des trois premiers objectifs de cette étude ont été intégrés afin de produire une version préliminaire de l'outil de Soutien à la Pratique de l'Assignment Temporaire destiné aux Employeurs Québécois (SPATEQ). À ce stade, il s'agit d'en explorer l'acceptabilité prospective, à savoir dans quelle mesure cet outil est jugé satisfaisant, approprié et avantageux par des employeurs (utilisateurs potentiels) à qui l'outil sera présenté sans toutefois qu'ils l'aient expérimenté (Bowen et al., 2009; Sekhon et al., 2017).

#### ***3.4.1 Méthode***

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été effectuées.

#### ***3.4.2 Participants et méthode de recrutement***

L'échantillon des participants a été créé à partir des participants rencontrés pour l'objectif 1. Ils ont été contactés par téléphone ou par courriel pour solliciter leur participation à cette nouvelle étape.

#### ***3.4.3 Collecte de données***

Un guide d'entrevue a été élaboré en se basant sur les attributs décrits comme favorisant l'adoption d'un outil ou d'un guide de pratique par le public cible (Kastner et al., 2014; Lortie et al., 2012). Le guide d'entrevue a été prétesté auprès d'une personne ayant les mêmes caractéristiques que les participants recherchés afin de vérifier la clarté des questions. Une semaine avant la rencontre, chacun des participants a reçu par courriel un exemplaire de l'outil SPATEQ-version préliminaire. Les entrevues ont été enregistrées audio et transcrites. Le guide d'entrevue et l'outil SPATEQ-version préliminaire sont disponibles à l'annexe 3.

### **3.4.4 Analyse**

L'analyse du contenu a été faite selon la méthode par questionnaire analytique de Paillé et Muchielli (2016) décrite à la section 3.1.4. L'analyse a été faite en deux phases. D'abord, les entrevues faites dans chacune des entreprises ont été analysées de façon individuelle. La première entrevue a fait l'objet d'une analyse par deux membres de l'équipe de recherche afin de s'assurer de la cohérence de l'interprétation des réponses et les divergences ont été discutées. Par la suite, les résultats de chaque entrevue ont été comparés pour faire émerger les convergences et les divergences et ainsi explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQauprès d'utilisateurs potentiels. Le canevas investigatif est disponible à l'annexe 3.

### **3.5 Considérations éthiques**

Ce projet a été soumis et accepté par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS en avril 2016. Les documents attestant des approbations par le Comité d'éthique sont disponibles à l'annexe 4. Chaque participant a été informé des objectifs de l'étude et a consenti à y participer de façon libre et éclairée en signant un formulaire de consentement disponible à l'annexe 4. La confidentialité de l'identité des participants et des données recueillies a été assurée tout au long du projet, conformément aux exigences du Comité d'éthique. Ces données seront conservées pendant sept ans suivant la fin du projet et seront ensuite détruites.



## CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

---

Afin de faciliter la compréhension des résultats ayant mené au développement de l'outil SPATEQ, ceux-ci seront présentés en fonction de chaque objectif spécifique de l'étude.

### **4.1 Objectif 1 : Explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises**

Au total huit entrevues semi-dirigées ont été effectuées dans diverses entreprises pour un total de 10 participants, car dans deux entreprises, les entrevues se sont déroulées en présence de deux personnes. Le portrait des participants rencontrés ainsi que le type d'entreprise pour laquelle ils œuvrent est d'abord présenté. Par la suite, les constats sont présentés en fonction des deux thèmes principaux explorés soit l'état de la pratique d'AT et les déterminants économiques qui sous-tendent cette pratique.

#### ***4.1.1 Portrait des participants***

Le tableau 2 indique de façon détaillée les caractéristiques des participants. En somme, il s'agit principalement de femmes (7/10), d'un âge moyen de 44,2 ans (variant de 34 à 58 ans), ils présentent des niveaux de scolarité variés et des domaines d'études divers (ressources humaines, santé, administration). Seulement deux participants indiquent avoir suivi une formation complémentaire en santé et sécurité au travail. Les titres d'emploi des participants sont divers, mais principalement rattachés aux services des ressources humaines ou de santé des entreprises. En moyenne, ils possèdent 6,3 ans d'expérience à leur poste actuel (entre un et 14 ans). Les participants œuvrent dans des entreprises provenant de trois secteurs d'activités : le secteur manufacturier (n=6), le secteur de la construction (n=1), et les services publics municipaux (n=1). Selon Leung et ses collaborateurs (2001), trois de ces huit entreprises peuvent être qualifiées de grandes entreprises (plus de 500 travailleurs), quatre sont des moyennes entreprises (de 100 à 499 travailleurs) et une est une petite entreprise (de 1 à 99 travailleurs). Cinq des huit entreprises cotisent à la CNESST selon le régime rétrospectif. Les cotisations des trois autres entreprises sont calculées au taux personnalisé.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et de leur entreprise

No du participant	Sexe	Âge	Niveau de scolarité	Domaine d'études	Formation complémen-taire en SST	Titre d'emploi	Nombre d'années d'expérience au poste actuel	Nombre d'années d'expérience à des postes équivalents	Nbre d'em-ployés dans l'entreprise	Secteur d'activité	Régime de cotisation CNESST
1	F	44	Bacc.	Ressources humaines	Non	Directrice RH	2	19	100	Manufacturier Aéronautique	Personnalisé En mutuelle
2	F	40	Bacc.	Ressources humaines	Non	Conseillère RH	3	12	60	Manufacturier réservoirs en acier	Personnalisé En mutuelle
3	F	34	Sec.	général	Oui	Conseillère SST	5	5	350	Manufacturier structure d'acier	Rétrospectif
4	H	51	Bacc.	Relations industrielles	Non	Directeur RH	14	14	100	Manufacturier portes et fenêtres	Rétrospectif
5	F	40	Cégep	Travail social	Non	Gestionnaire des réclamations d'invalidité	12	16	1600	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif
6A	F	58	Cégep	Soins infirmiers	Oui	Infirmière industrielle	10	27	950	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif
6B	F	41	Bacc.	Kinésiologie	Oui (maitrise non complétée)	Spécialiste en santé et sécurité	5	15	950	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif
7	H	48	Bacc.	Administra-tion	Non	Président	1	1	40	Construction	Personnalisé En mutuelle
8A	F	39	Maitrise	Relations industrielles	Non	Conseillère en relations de travail	10	16	2800	Service public municipal	Rétrospectif
8B	H	47	Cégep	Ressources humaines	Non	Directeur adjoint	2	6	2800	Service public municipal	Rétrospectif

#### 4.1.2 Le déploiement actuel de l'AT dans des entreprises

Les résultats seront présentés en deux thèmes principaux soit l'état de la pratique d'AT suivi des déterminants économiques qui sous-tendent cette pratique du point de vue des employeurs rencontrés.

##### 4.1.2.1 Thème 1 L'état de la pratique d'AT

Afin de dresser un portrait de la pratique d'AT dans des entreprises du Québec, nous aborderons les motifs d'application, le processus décisionnel, la mise en place de la mesure, la perception de cette mesure par les différentes parties prenantes, l'influence du contexte de travail sur l'AT et, finalement, l'encadrement de la mesure.

### Motifs d'application de la mesure d'AT

Tous les participants mentionnent le contrôle des dépenses liées à la cotisation CNESST comme étant le motif premier de la mise en place de l'AT. Pour la moitié d'entre eux l'AT vise aussi un second objectif qui est de garder le contact avec le travailleur.

P4 : « ... dans le système actuel, c'est quasiment une nécessité, à cause des coûts... »

P8 : « ... ça garde l'employé dans son milieu, fait que l'employé est au courant des directives, des changements, tout ça, puis, c'est plus motivant. »

### Processus décisionnel entourant l'AT

Les participants indiquent que le processus décisionnel entourant la mise en place de l'AT est initié directement par l'entreprise par l'envoi d'un formulaire à être complété par le médecin du travailleur qui vient de se blesser. Pour la majorité des participants, cette proposition de mise en œuvre de l'AT est faite au médecin dès la déclaration de la lésion professionnelle.

P5 : « Donc à chaque fois qu'il y a un accident de travail, l'infirmière va remettre un formulaire d'assignation temporaire à faire compléter au médecin. On va mentionner au médecin qu'on a de l'assignation disponible, qu'on va respecter les limitations qui ont été émises... »

P2 : « ...quand un employé se blesse, avant qu'il quitte l'usine, on lui remet une enveloppe, dans laquelle il a la réclamation du travailleur et un formulaire d'assignation temporaire à faire signer par son médecin, et un avis, une feuille aussi que si le médecin refuse l'assignation temporaire, on veut savoir pourquoi, donc, il quitte l'usine avec ça entre les mains et il va voir le médecin. »

Les participants mentionnent que toutes les communications entre le médecin et l'entreprise s'effectuent par écrit. Un formulaire à compléter par le médecin est l'outil de communication principal. Il est parfois accompagné d'une lettre expliquant la politique d'AT de l'entreprise, signée par le responsable de la Santé et sécurité au travail. Le formulaire utilisé diffère d'une entreprise à l'autre. Il peut s'agir de celui proposé par la CNESST ou encore d'un formulaire maison. De plus, les sujets sur lesquels le médecin est appelé à se prononcer diffèrent selon le formulaire utilisé. Il peut être demandé au médecin d'établir les limitations fonctionnelles, d'identifier les tâches que le travailleur est en mesure de faire selon une liste de tâches proposées, ou encore de se prononcer sur les deux sujets à la fois.

P4 : « On utilise notre formulaire maison parce qu'on peut l'adapter,... au départ, on en a un qu'on pourrait dire qui est plus générique, mais, des fois quand c'est un cas qui perdure sur plusieurs mois, des fois, une année, on va y aller plus spécifique. »

Les participants reconnaissent unanimement que, tel que prévu par la LATMP, le médecin a un pouvoir décisionnel dans le processus d'autorisation de l'AT. Par ailleurs, ils mentionnent percevoir que le médecin est influencé dans sa décision par le travailleur lui-même, ainsi que par les professionnels de la réadaptation impliqués (ergothérapeutes et physiothérapeutes, par exemple). Les participants sont d'avis que l'employeur a peu de possibilités d'influencer le médecin dans le processus décisionnel de l'AT.

P3 : « ... notre système de santé c'est vite, vite, vite, vite, vite. Tu sais, les médecins sont *bookés*, donc, il rentre (le travailleur)... mon travail c'est très physique- tu sais c'est facile de dire pas mal n'importe quoi là à mon avis... Il y a des travailleurs qui vont dire – le médecin dit combien de temps tu veux? »

P6 : « ...ce que je vois de plus en plus maintenant là, c'est beaucoup plus les physiothérapeutes qui ont un droit de regard là-dessus parce que c'est eux, les physio, les ergo, c'est eux un moment donné qui vont dire au médecin qu'il peut, qu'il doit être encore en assignation... »

P2 : « ... c'est un trente sous dans les airs, oui, j'ai autant des médecins qui le refusent puis on se demande pourquoi,... parce qu'il n'y a pas de contact avec le médecin, fait qu'on sait pas... »

#### Processus de mise en place de l'AT dans l'entreprise

Une fois la mesure d'AT autorisée par le médecin, les tâches spécifiques qui seront effectuées par le travailleur blessé doivent être identifiées. Il apparaît que ce choix est fait selon deux façons de faire. Soit que les tâches de travail sont déterminées par l'entreprise à partir des limitations fonctionnelles établies par le médecin, par exemple, éviter de soulever des charges de plus de 5 kg, ou qu'elles sont déterminées par le médecin à partir d'une liste de tâches proposée par l'employeur.

La majorité des participants indique que le choix des tâches d'AT est fait à l'interne en fonction des limitations fonctionnelles identifiées par le médecin. La personne responsable de ce choix varie selon l'entreprise. Il s'agit soit du supérieur hiérarchique du travailleur blessé, soit du responsable de la santé et de la sécurité du travail, soit d'une personne des ressources humaines. Dans la majorité des cas, le travailleur blessé est aussi impliqué dans le choix des tâches d'AT. Le degré de cette implication, et le moment où cette dernière est sollicitée, diffèrent toutefois entre les entreprises.

P1 : « Ben chez nous, quand il arrivait, on lui présentait ce qu'on avait prévu pour lui, puis on lui demandait si ça faisait son affaire ou pas, ou est-ce que ça répondait aux critères qui étaient sur son formulaire. Fait qu'il participait un peu. »

P6 « Souvent on va lui demander... - est-ce que dans ta tâche régulière, il y a des choses que t'es capable de faire? »

Deux participants mentionnent que, dans l'entreprise où ils œuvrent, c'est le médecin qui fait le choix des tâches d'AT parmi une liste proposée par l'entreprise. Ces participants disent ne pas savoir dans quelle mesure l'opinion du travailleur est prise en compte dans ce choix.

P2 : « Je sais pas si le médecin l'implique, mais nous non. On l'a pas impliqué dans le sens que, voici les tâches qu'on a évaluées, puis que c'est possible de faire, dépendamment que le siège de lésion est haut du corps, bas du corps ou le dos, donc on a séparé comme ça nos listes de tâches. Les tâches sont différentes, puis dépendamment des choses, il y a des poids minimum/ maximum. »

Par ailleurs, que le choix des tâches soit fait à l'interne ou dans le cabinet du médecin à partir d'une liste de tâches proposée par l'employeur, aucun participant ne mentionne faire l'usage d'une grille d'évaluation des exigences des postes de travail ni faire appel à un spécialiste de l'ergonomie. La démarche menant au choix des tâches apparaît informelle.

P6 : « (... les superviseurs, est-ce que, ils utilisent des formulaires, des grilles d'analyse ou des outils pour dire c'est tel niveau de difficulté selon la lésion, avez-vous des outils de ce type-là?) Non pour l'assignation temporaire, on n'a pas ça, c'est du gros bon sens, on y va avec le gros bon sens... on essaie de rendre ça moins théorique, plus pratico-pratique pour le simplifier puis le rendre accessible parce que si c'est trop complexe, c'est- oublié ça, moi je le remplis pas... »

La majorité des participants indique que les tâches d'AT sont définies à partir des tâches régulières du travailleur en y retirant celles qui sont trop exigeantes considérant ses capacités. Toutefois, certains participants mentionnent que les travailleurs blessés sont affectés à des tâches spécifiquement dédiées à l'AT et souvent éloignées de leur travail régulier. Par ailleurs, tous les participants mentionnent que les travailleurs préfèrent être affectés à des tâches d'AT qui se rapprochent de leur travail régulier, leur permettent de demeurer dans leur environnement, dans leur horaire et dans leur équipe de travail.

P5 : « ...ce qu'on va faire, c'est qu'on va le laisser à ses tâches régulières puis on va lui retirer les tâches qui sont pas conformes avec ses limitations. »

P3 : « ... souvent on va placer des gens en travail léger au magasin de l'entreprise, qui est dans l'usine. Habituellement, on donne l'équipement, les consommables, les petits outils, des choses comme ça, c'est quelque chose que, on peut faire assis, debout, on peut prendre, on peut s'étirer, on peut mettre de la glace. C'est vraiment, pour n'importe quel travail léger, c'est souvent ce qu'on va faire... »

Tous les participants indiquent que la majorité des tâches proposées aux travailleurs en AT peuvent être réalisées sans aide. Toutefois, lorsqu'une mesure de soutien à l'AT est requise, l'aide des collègues est privilégiée. Un seul participant rapporte l'ajout d'un équipement (banc) comme mesure de soutien à l'AT ce qui a été peu efficace.

P4 : « ... on va dire - fais ce que le médecin t'a dit, mais cette partie-là que tu fais normalement, on va prendre un autre travailleur qui va venir lever le produit pour le faire. »

Pour ce qui est du suivi qui est effectué auprès d'un travailleur en AT, la majorité des participants mentionnent qu'un suivi des tâches d'AT est effectué par le supérieur immédiat. Ce suivi apparaît être fait fréquemment, être de nature informelle, et reposer sur une communication ouverte et continue entre les individus. De plus, tous les participants rapportent qu'un suivi médico-administratif des dossiers d'AT est fait dans leur entreprise. Ce suivi est alors effectué par le service des ressources humaines ou par la direction et concerne le délai écoulé depuis la déclaration de la lésion professionnelle, à la comparaison avec des durées moyennes d'absence selon la lésion, au suivi des documents CNESST, etc.

P6 : « ...on leur dit toujours en assignation, c'est important que tu nous préviennes, si l'assignation qu'on te donne ne fonctionne pas, à ce moment-là, faut que tu nous avises immédiatement... Tu lèves la main, t'en parles à ton superviseur, il y a plusieurs acteurs qui peuvent intervenir, l'agent de prévention, le superviseur, il y a moi, il y a le service médical, donc, il y a plusieurs intervenants qui peuvent interagir si jamais il y a quelque chose. »

P4 : « ...chaque dossier, on le gère excessivement serré,... chaque dossier est suivi, la responsable le sait, vendredi, tel gars, son arrêt de travail était jusqu'au 12, il avait son rendez-vous chez le médecin le 12, le 13 j'ai pas de papier, elle l'appelle, ou elle va le voir dans l'usine – comment ça t'as pas de papier, t'es rendu où?, fait que c'est suivi ... très rigoureux. »

Tous les participants mentionnent ne faire aucune progression des tâches d'AT entre deux rendez-vous médicaux étant donné qu'ils considèrent que cette progression est sous l'autorité du médecin et craignent d'être blâmés s'ils le font.

Le tableau 3 présente une synthèse des caractéristiques de l'utilisation actuelle de l'AT.

Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques de l'utilisation actuelle de l'AT

Entreprises		1	2	3	4	5	6	7	8
Motif de la mise en place de l'AT	Contrôle des dépenses	x	x	x	x	x	x	x	x
	Autres motifs	x	x					x	x
Proposition d'AT faite dès la déclaration de la lésion	oui	x	x	x	x	x	x		x
	non							x	
Moyen de communication avec le médecin	Utilisation du formulaire CNESST		x	x			x		
	Utilisation du formulaire de l'entreprise	x			x	x		x	x
Ce que l'entreprise demande au médecin d'identifier sur le formulaire	Les limitations fonctionnelles du travailleur	x		x		x	x		x
	Des tâches précises selon une liste fournie par l'entreprise		x		x	x		x	x
Lors de la mise en place de l'AT, les tâches sont choisies par	Le supérieur du travailleur	x		x		x	x	x	x
	Le responsable de la SST			x			x		
	Le responsable des ressources humaines	x							
	Le travailleur	x				x	x	x	
Processus de choix des tâches d'AT	Le médecin		x		x				
	formel								
Les tâches d'AT sont	informel	x	x	x	x	x	x	x	x
	Proches du travail régulier	x			x	x	x		x
Mesure de soutien offerte au travailleur en AT	Sans lien avec le travail régulier		x	x				x	
	Aide des collègues	x	x	x	x	x	x		x
	Équipement ou aide technique	x							
	Aucune mesure de soutien offerte							x	
Responsable du suivi de l'AT	Supérieur immédiat	x		x	x	x	x		
	Autre personne							x	x
	Aucun suivi		x						
Progression des tâches entre deux RV médicaux	oui								
	non	x	x	x	x	x	x	x	x
Présence d'une politique formelle encadrant l'AT	oui	x	x	x		x	x		x
	non				x			x	

Par ailleurs, à partir des descriptions que les participants ont faites des tâches accomplies par les travailleurs en AT, trois formes distinctes d'AT émergent. Ces trois formes d'AT apparaissent se distinguer sur la base de deux critères : la valeur de la production faite par le travailleur en AT en fonction des tâches auxquelles il est assigné, et la considération ou non de l'expertise et des compétences du travailleur dans le choix des tâches d'AT. Le tableau 4 résume les caractéristiques des formes d'AT présentes en entreprises.

Tableau 4 : Caractéristiques des formes d'AT présentes en entreprises.

<b>AT dont les tâches sont utiles pour l'entreprise, mais qui sont en dehors de la production normale:</b>	<b>AT dont les tâches font partie de la production normale de l'entreprise. Ces tâches sont choisies parce qu'elles sont peu exigeantes physiquement, sans tenir compte des compétences et de l'expérience du travailleur blessé:</b>	<b>AT dont les tâches font partie de la production normale de l'entreprise. Ces tâches sont choisies en fonction des compétences et de l'expérience du travailleur blessé :</b>
Le travailleur en AT effectue des tâches qui ne sont pas faites dans l'entreprise lorsqu'il n'y a pas d'AT.	Le travailleur demeure dans la production, mais dans des tâches parfois éloignées de son travail régulier puisque le choix des tâches ne tient pas compte de son expérience et de son expertise.	Le travailleur est affecté à son travail régulier auquel on a retiré les tâches trop exigeantes physiquement, en fonction de ses limitations. Les compétences et l'expérience du travailleur sont mises à profit tout en respectant ses incapacités.
Par exemple, un assembleur est affecté au déchetage de papier.	Par exemple, un machiniste est affecté au burinage du numéro de série sur une pièce déjà produite.	Par exemple, un soudeur effectue son travail régulier, mais reçoit l'aide d'un collègue pour soulever des charges lourdes.

#### Perception de la mesure d'AT par différentes parties prenantes en entreprises

Tous les participants mentionnent percevoir l'AT comme une mesure qui accélère le retour au travail régulier des travailleurs blessés. Toutefois, leurs opinions diffèrent quant aux mécanismes qui sous-tendent cette accélération. Pour la majorité d'entre eux, c'est le fait que l'AT soit bénéfique sur les plans physique, mental et social qui accélère le retour au travail. Tandis que pour d'autres, c'est la nature répétitive et peu valorisante des tâches qui incite le travailleur à revenir à son travail régulier plus rapidement.

P3 : « ... le plus rapidement que, un travailleur peut être en travail léger, le plus rapidement, physiquement, mentalement c'est mieux pour lui, c'est prouvé aussi. »

P1 : « ...ce qu'on lui a fait faire, c'est du classement puis du *schredding*, il haïssait ça pour tuer là, lui, il aurait aimé ben mieux... être dans l'usine... »

Pour ce qui est de la perception qu'ont les travailleurs blessés de la mesure d'AT, les participants sont d'avis qu'elle diffère aussi d'un travailleur à l'autre. Elle est parfois perçue comme une mesure qui facilite leur rétablissement ou, à l'opposé, comme une mesure coercitive. Les participants mentionnent que la mesure d'AT est perçue plus positivement par les travailleurs qui sont assignés à des tâches proches de leur travail régulier.

P4 : « ... ça dépend de l'individu, il y en a qui vont trouver ça contraignant, puis il y en a qui vont dire – ben moi je suis content... de me lever le matin puis venir travailler, fait que ça dépend de la volonté de la personne puis tout ça. »



P1 : « ... c'est pas des postes qu'ils veulent faire parce que c'est pas ça leur *job*... »

Quant à la perception qu'ont les collègues des travailleurs blessés de la mesure d'AT, les participants mentionnent qu'elle est plus négative lorsque le travailleur en AT est affecté à des tâches qui sont hors de la production normale de l'entreprise ou éloignées de son travail régulier. Dans cette situation, les collègues peuvent être incommodés, peuvent mettre de la pression sur le travailleur blessé pour qu'il revienne au travail régulier et parfois même s'en moquer.

P2 : « ...les choses qui dérangent souvent dans les usines, c'est une personne qui se promène, qui est là pour faire l'inventaire, puis ils savent très bien que c'est un soudeur, des choses comme ça, ça ça les dérange un petit peu plus, les gens sont plus portés à les taquiner ou quoi que ce soit, ou émettre des commentaires, mais quand ils sont vraiment, leur poste régulier, moyennant 2-3 petits ajustements quand même mineurs, habituellement c'est bien perçu. »

#### Influence du contexte de travail sur la mesure d'AT

La plupart des participants sont d'avis que le déroulement de l'AT est favorisé par certains éléments du contexte de travail. Les éléments facilitants mentionnés par les participants sont : l'engagement concret et l'intérêt réel de l'employeur à favoriser la santé des travailleurs; le climat harmonieux; une communication efficace avec l'ensemble des travailleurs; et l'organisation du travail par équipe. Un niveau d'encadrement permettant un suivi rapproché du travailleur en AT est aussi mentionné par la plupart des participants, qui soulignent le fait que le superviseur qui assure l'encadrement doit avoir une latitude pour agir sur la situation de travail pour ainsi favoriser le succès de l'AT. Le fait de garder le travailleur avec son équipe et dans son horaire habituel de travail est aussi mentionné comme un élément favorable au déroulement de l'AT par certains participants. Enfin, la mobilité des travailleurs dans l'entreprise (faible spécialisation des postes dans l'entreprise, polyvalence des travailleurs, absence de barrières syndicales) est également nommée par quelques participants comme étant un élément facilitant la mise en place de l'AT.

P6 : « C'est un beau milieu, c'est le *fun*... On sent que nos employés, il y a un climat familial ici, c'est quelque chose qu'on retrouve pas dans toutes les grandes entreprises...On a notre fameuse mission 0, 0 accident, 0 regret. C'est vraiment notre objectif, en fait, c'est notre valeur, ... c'est endossé par la haute direction comme jamais... le message est très très très clair, que la santé-sécurité, puis c'est pas on va blâmer, c'est vraiment amené d'une façon saine, puis trouver des façons différentes de faire pour éviter de blesser nos employés, puis c'est vraiment un message clair de la haute direction. »

Deux seuls éléments issus du contexte de travail sont jugés défavorables par certains participants. D'abord, la nature des activités de l'entreprise, qui impliquent des tâches très exigeantes physiquement, limite la possibilité de faire de l'AT. Aussi, le manque de collaboration des collègues, lorsque ceux-ci doivent aider le travailleur blessé à effectuer certaines tâches, apparaît être un obstacle au déroulement de l'AT.

P3 : « ... c'est de l'ouvrage physique, c'est de l'acier, c'est lourd, les chaines qu'on utilise, c'est lourd. »

#### Encadrement de la mesure d'AT par des procédures et des politiques

Selon les participants, l'encadrement de la mesure d'AT diffère. Elle peut faire l'objet d'une politique écrite ou être informelle. Ceci dit, que la politique d'AT soit formelle ou non, tous les participants mentionnent que les procédures reliées à l'AT sont bien connues des travailleurs.

P6 : « ... les employés savent très bien qu'on propose l'assignation temporaire, ça fait partie du processus, ils savent, ils sont au courant. »

En résumé, il apparaît que les entreprises utilisent la mesure d'AT dans le but premier de contrôler les coûts liés aux lésions professionnelles. La démarche menant à la mise en place de l'AT est initiée par les employeurs, par le biais d'un formulaire transmis au médecin dès la déclaration d'une lésion. La démarche de mise en place de l'AT apparaît informelle, avec une implication variable de travailleur blessé. Les tâches faites par ce dernier présentent un degré d'éloignement variable par rapport à son travail régulier et le suivi semble être fait par le superviseur immédiat. La démarche d'AT apparaît facilitée par une communication efficace, le travail d'équipe et le maintien du travailleur dans son équipe et son horaire de travail régulier. Enfin, on distingue différentes formes d'AT présentes en entreprises qui se distinguent par la valeur de la production faite par le travailleur en AT et la considération ou non de l'expertise et des compétences du travailleur dans le choix des tâches d'AT.

#### *4.1.2.2 Thème 2 Déterminants économiques de l'AT dans huit entreprises du Québec*

Tel que mentionné précédemment, tous les participants affirment que le fait de ramener un travailleur en entreprise par la mise en place de la mesure d'AT permet à l'entreprise de faire des économies importantes sur le plan de la cotisation à la CNESST, et constitue un outil puissant pour contrôler les dépenses liées aux lésions professionnelles. Cependant, il apparaît que les participants ont une connaissance incomplète des impacts financiers de cette mesure, et ils ne jugent pas utile de calculer de façon détaillée les coûts inhérents à la mise en place de l'AT.

P6 : « (Parlons maintenant des coûts de l'assignation temporaire dans l'entreprise ici... est-ce que vous avez une méthode pour tenir compte ou calculer ou regarder des indicateurs de ce que ça coûte une assignation temporaire?) Pas du tout. Tout ce qu'on sait c'est qu'un employé qui est en arrêt de travail va coûter plus cher qu'une personne en assignation,...on est conscients de ça, c'est pour ça qu'on valorise l'assignation temporaire... »

Dans le même ordre d'idée, aucun des participants ne mentionne faire le suivi de l'impact de l'AT sur la productivité totale de l'entreprise. Pour la plupart des participants, le choix des tâches n'est pas fait dans un souci de productivité, quoique certains mentionnent que l'AT permet de limiter les frais de recrutement, de formation et de remplacement du travailleur blessé.

P1 : « Perte de productivité, perte de temps, mon salaire à moi à essayer de recruter quelqu'un... le délai, avant que je recrute quelqu'un, ... ça me coûte plus qu'une fois et demi son salaire. »

P2 : « (... est-ce que ça serait possible, dans votre organisation du travail, d'utiliser les compétences d'un gars qui serait blessé par exemple, pour aider ou former les autres ou à supporter ou...) Oui, ça pourrait être quelque chose d'envisageable...mais, on n'est pas rendus là, je pense... »

En somme, quoique les participants mentionnent mettre en place la mesure d'AT dans un objectif d'économie, ils ne font pas le suivi d'indicateurs leur permettant de quantifier les coûts et les bénéfices de cette mesure et, par conséquent, ne peuvent en mesurer les impacts financiers nets. De plus, il apparaît que les entreprises mettent en place différentes formes d'AT sans toutefois prendre conscience des effets de ce choix sur le plan des impacts financiers nets.

#### **4.2 Objectif 2 : Identifier les actions à mettre en place afin de déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques**

Les résultats de cet objectif seront présentés en deux volets. D'abord, les résultats de la revue intégrative seront présentés suivis de ceux de la consultation d'experts au sujet des actions issues de cette revue.

**4.2.1 Premier sous-objectif : Identifier les données probantes relatives à l'intervention en milieu de travail intégrant une forme de travail modifié ou allégé pour les travailleurs lombalgiques**

La consultation des trois banques de données en utilisant les mots-clés a permis de retenir 1612 articles. Après le retrait des doublons, la lecture des titres et des résumés a permis d'exclure une quantité d'articles. Suite à la lecture complète des articles, l'application des critères d'inclusion et d'exclusion a permis de sélectionner 25 articles pertinents auxquels se sont ajoutés les 8 documents retenus suite à la consultation de sites web d'organismes de recherche reconnus dans le domaine de la santé au travail. La figure 2 présente le diagramme du flux de la revue intégrative pour ce qui est de la consultation des banques de données scientifiques.

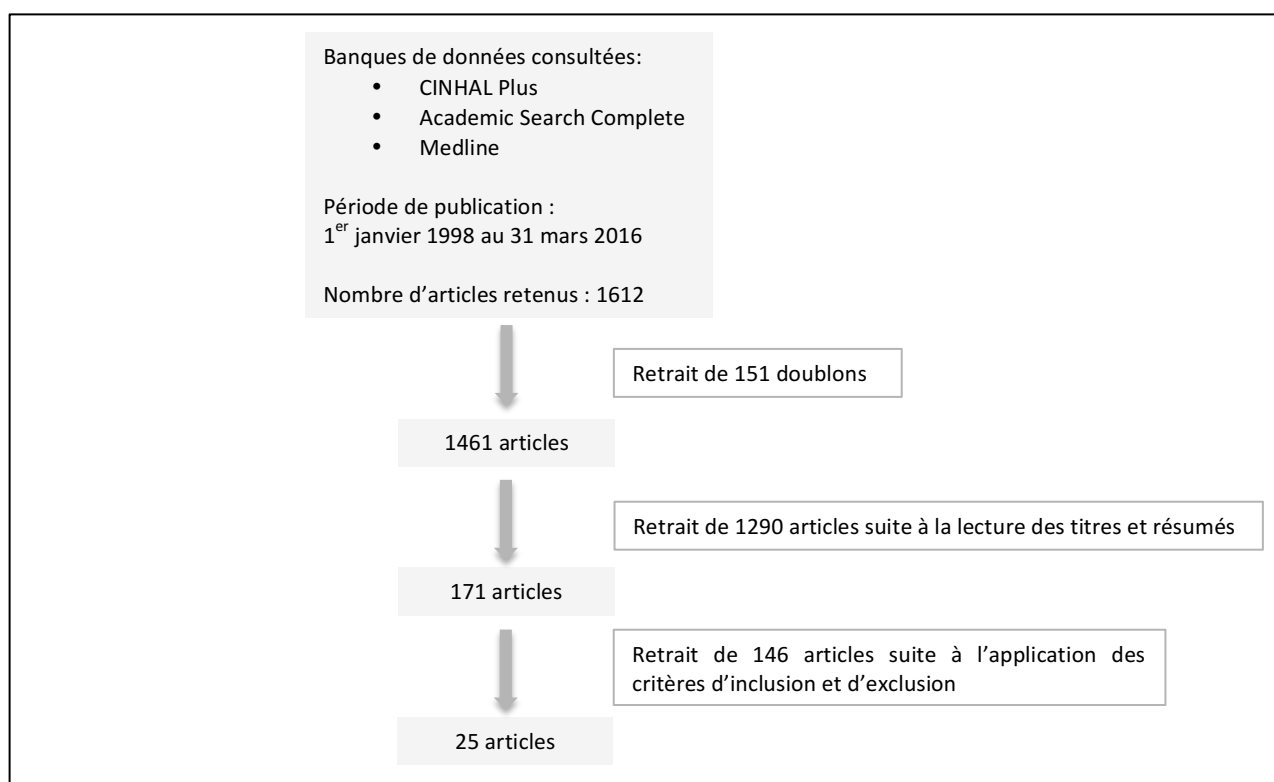


Figure 2 : Diagramme du flux de la consultation des banques de données scientifiques

À partir du corpus de données formé des 33 documents retenus, dont la liste est disponible à l'annexe 5, ont été extraites 157 citations en lien avec la question de recherche. Ces 157 citations ont été analysées et ont permis de produire deux listes, la première comprenant les 26 principes de l'AT optimale et la seconde faisant état des 38 actions à faire pour la mettre en place. Les 26 principes sont énumérés au tableau 5.

Ils sont regroupés, selon leur nature, en quatre catégories décrivant l'AT optimale. Il s'agit de : la définition de l'AT ; ses effets ; la démarche d'implantation ; et les valeurs de l'entreprise qui facilitent sa mise en place. Les 38 actions issues des principes sont présentées au tableau 6. Ces actions sont regroupées en trois périodes. La première période, intitulée « Avant qu'une lésion survienne », fait référence à l'ensemble des actions qui touche l'expression concrète des valeurs et de la culture de l'organisation en lien avec la santé et la sécurité des travailleurs, et représente les bases de la mise en place de l'AT optimale. La seconde période, « Au moment de la déclaration d'une lésion professionnelle », réfère aux actions posées depuis le moment de la déclaration d'une lésion professionnelle par un travailleur jusqu'au premier jour de l'AT. Enfin, la troisième période, « Pendant l'AT », réfère aux actions posées du premier jour de l'AT jusqu'au moment où la mesure prend fin.

Tableau 5 : Les principes d'une AT optimale

<b><i>Les principes d'une AT optimale</i></b> * voir annexe 5 pour les documents dont sont issus les principes	
<b>L'AT optimale : sa définition</b>	
1	L'AT optimale est un ensemble de tâches que le travailleur est en mesure de faire malgré son incapacité partielle. 2, 4, 14, 20, 21, 22, 23, 27, 30, 31*
2	L'AT optimale est un ensemble de tâches qui font appel aux compétences et à l'expérience du travailleur. 20, 21, 30
3	L'AT optimale est un ensemble de tâches qui sont productives pour l'entreprise. 20, 21, 30
4	L'AT optimale est un ensemble de tâches dont les exigences sont ajustées en fonction des capacités du travailleur. 4, 15, 21, 23, 30
<b>L'AT optimale : ses effets</b>	
5	L'AT optimale est un ensemble de tâches qui permettent le retour au travail d'un travailleur malgré les incapacités temporaires qu'il présente. 2, 4, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 26, 27, 29, 31
6	L'AT optimale permet au travailleur de limiter les effets négatifs au plan physique, psychologique et social liés à une absence prolongée au travail. 4, 15, 22, 27, 29, 30, 31
7	L'AT optimale permet au travailleur de maintenir une identité positive de travailleur malgré son incapacité partielle. 4, 7, 8, 9, 10, 14, 17, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32
8	L'AT optimale permet au travailleur de conserver ses repères de travailleur : horaire, lieu, collègues, etc. 16, 21, 30
9	L'AT optimale permet au travailleur de développer ses capacités dans le but de reprendre ses tâches régulières de travail. 7, 21, 30
10	L'AT optimale permet à l'entreprise de bénéficier des compétences et de l'expérience du travailleur. 15
11	L'AT optimale permet à l'entreprise de maintenir sa productivité. 33
12	L'AT optimale permet à l'entreprise de contrôler les coûts liés à la lésion professionnelle. 33
<b>L'AT optimale : sa démarche</b>	
13	La démarche d'AT optimale est le produit d'une collaboration étroite entre le travailleur et son superviseur. 1, 7, 11, 12, 14, 16, 20, 27, 29, 30
14	La démarche d'AT optimale est favorisée par la communication positive ouverte et continue entre le travailleur et son superviseur. 1, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 16, 22, 23, 30

Tableau 5 : Les principes d'une AT optimale (suite)

15	La démarche d'AT optimale est sous la responsabilité du superviseur qui connaît les exigences du travail et qui a l'autorité d'adapter la charge de travail. 7, 8, 12, 16, 23, 26, 29
16	La démarche d'AT optimale implique le travailleur à chacune des étapes : choix des tâches, choix des moyens de soutien, échéance du suivi, information qui sera partagée aux collègues, etc. 1, 4, 11, 12, 20, 24, 25, 27, 28, 29, 30
17	La démarche d'AT optimale tient compte des préoccupations et des obstacles perçus par le travailleur. 1, 9, 25, 26, 27, 28, 29, 32
18	La démarche d'AT optimale fait l'objet d'un suivi rapproché permettant l'ajustement des tâches et des moyens de soutien en fonction des capacités du travailleur. 11, 19, 20, 21, 22, 29, 30, 32
19	La démarche d'AT optimale permet d'identifier les éléments qui menacent son succès et d'intervenir sur ceux-ci. 1, 7, 16, 20, 22, 30
20	La démarche d'AT optimale implique le soutien et la collaboration des collègues. 6, 7, 12, 16, 20, 23, 26
21	La démarche d'AT optimale implique que le superviseur a des connaissances de base au sujet des lésions professionnelles et des contraintes ergonomiques. 7, 12, 16
<b>L'AT optimale : les valeurs de l'entreprise qui facilitent sa mise en place</b>	
22	L'entreprise a un engagement ferme envers la santé et la sécurité de ses travailleurs ce qui facilite l'AT optimale. 11, 16, 18, 26, 29
23	L'entreprise considère les travailleurs comme sa plus grande ressource et leur démontre, en tout temps, respect, empathie et soutien ce qui facilite l'AT optimale. 8, 11, 12, 14, 16, 18, 23, 29
24	L'entreprise s'assure de l'équité entre les travailleurs dans la démarche d'AT optimale. 12, 16, 18, 20, 23, 29
25	L'entreprise démontre de la flexibilité et de l'ouverture dans le but de faciliter le maintien et le retour au travail de ses travailleurs ce qui facilite l'AT optimale. 7, 11, 12, 23, 24, 27, 29, 16, 20, 30
26	L'entreprise soutient le superviseur dans son rôle de coordonnateur de l'AT optimale. 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 30

Tableau 6 : Les actions d'une AT optimale

<b>Les actions d'une AT optimale</b> * voir annexe 5 pour les documents dont sont issus les actions	
<b>Avant qu'une lésion survienne :</b>	
1	La direction de l'entreprise adopte une politique de maintien et de retour au travail qui inclut la mesure d'AT. 1, 5, 8, 11, 16, 18, 29
2	La direction de l'entreprise diffuse sa politique de maintien et de retour au travail à l'ensemble des parties prenantes (travailleurs, superviseurs, représentants syndicaux, gestionnaires, etc.). 1, 4, 5, 8, 11, 12, 16, 18, 29
3	La direction de l'entreprise s'assure que sa politique de maintien et de retour au travail est appliquée dans l'ensemble de l'entreprise. 1, 5, 8, 11, 16, 18, 29
4	Les superviseurs et la direction de l'entreprise reçoivent une formation de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie. 7, 12, 13, 16
5	La direction de l'entreprise soutient et seconde le superviseur dans son rôle de coordination de l'AT. 7
6	La direction de l'entreprise est flexible et ouverte aux solutions soutenant l'AT. 1, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 16, 18, 22, 26, 27, 29
7	La direction de l'entreprise et les superviseurs s'adressent, en tout temps, aux travailleurs d'une façon empreinte de considération et d'empathie. 4, 8, 11, 12, 14, 16, 18, 22, 26
8	La direction de l'entreprise et le superviseur s'assurent de l'équité entre les travailleurs. 7, 8, 12, 16, 29
9	La direction de l'entreprise évite de contester/judiciariser les réclamations des travailleurs blessés. 3, 4, 5, 8, 11, 12, 14, 16, 18, 22
<b>Au moment de la déclaration d'une lésion professionnelle :</b>	
10	La direction de l'entreprise identifie comme responsable de la coordination de l'AT le supérieur immédiat du travailleur qui déclare une lésion professionnelle. 1, 7, 8, 12, 16, 18, 24, 26, 29
11	Le superviseur prend en charge l'AT. 8, 16, 23, 26
12	L'entreprise propose l'AT au médecin du travailleur dès la déclaration d'une lésion professionnelle. 4, 12, 13, 14, 15, 16, 22
13	Le superviseur maintient le lien entre le travailleur et l'entreprise par des appels téléphoniques pendant la période d'absence. 4, 5, 8, 11, 12, 15, 16, 22, 23, 24

Tableau 6 : Les actions d'une AT optimale (suite)

14	Dès que l'AT est autorisée par le médecin traitant, le superviseur et le travailleur se rencontrent pour préparer le plan d'AT. 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 24, 27, 30, 31
15	Le superviseur et le travailleur et discutent de leurs perceptions quant aux éléments pouvant faire obstacle à l'AT. 1, 4, 7, 9, 10, 17, 23, 25, 26, 27, 29, 32
16	Le superviseur et le travailleur identifient de façon collaborative les tâches d'AT. 1, 4, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
17	Le superviseur et le travailleur choisissent des tâches qui se rapprochent le plus possible du travail régulier du travailleur afin de mettre à profit son expérience et son expertise. 4, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32
18	Le superviseur et le travailleur choisissent des tâches d'AT qui misent sur l'utilisation des capacités du travailleur en dépit de ses incapacités partielles. 4, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 30, 31, 32
19	Le superviseur et le travailleur identifient de façon collaborative les moyens à mettre en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT. 1, 4, 7, 10, 11, 12, 15, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30
20	Le superviseur et le travailleur priorisent des moyens de soutien qui sont simples et rapides à implanter. Par exemple : demander l'aide des collègues par opposition à installer un treuil au plafond pour faciliter le soulèvement de charges. 2, 22, 27, 30
21	Le superviseur et le travailleur conviennent d'un plan d'AT. 11, 12, 20, 23, 30
22	Le superviseur présente le plan d'AT à la direction de l'entreprise. 11, 12, 20, 30
23	La direction de l'entreprise et le superviseur évaluent l'impact du plan d'AT sur l'équipe de travail. 7, 11, 12, 16
24	La direction de l'entreprise et le superviseur conviennent des moyens qui seront mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par la démarche d'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc. 7, 11, 16
25	Le superviseur informe les collègues des tâches qui seront faites par le travailleur en AT et de l'organisation du travail que cela implique. 7, 11, 16, 20, 23, 24, 27, 29, 30
<b>Pendant l'AT :</b>	
26	Le superviseur et le travailleur tiennent des rencontres fréquentes (formelles et informelles) pour assurer le suivi de l'AT. 4, 5, 11, 12, 20, 21, 22, 30
27	Le travailleur et le superviseur communiquent de façon positive, ouverte et continue pendant toute l'AT. 4, 5, 8, 12, 16, 22, 30
28	Le superviseur et le travailleur adaptent de façon régulière les tâches d'AT afin de les ajuster aux capacités du travailleur et de progresser vers le retour à ses tâches régulières de travail. 1, 4, 7, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 29, 30
29	Le superviseur et le travailleur s'assurent que les tâches d'AT sont aussi près que possible du travail régulier du travailleur afin de mettre à profit son expérience et son expertise. 4, 7, 15, 20, 22, 23, 29
30	Le superviseur et le travailleur s'assurent que les tâches d'AT utilisent les capacités du travailleur en dépit de ses incapacités partielles. 1, 4, 12, 20, 22, 30, 32
31	Le superviseur et le travailleur réévaluent de façon régulière les moyens mis en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT. 1, 7, 16, 20, 22, 30, 32
32	Le superviseur et le travailleur identifient les obstacles au succès de l'AT et conviennent des solutions à mettre en place. 7, 22
33	La direction de l'entreprise et le superviseur font appel à des ressources professionnelles lorsque l'AT ne permet pas de progresser vers le retour au travail régulier (ergonome, ergothérapeute, etc.) 6, 7, 11, 12, 16, 26
34	La direction de l'entreprise évite de contester/judiciariser les difficultés liées à l'AT. 7, 16
35	Le superviseur continue d'informer les collègues des tâches qui seront faites par le travailleur en AT et de l'organisation de travail que cela implique. 7, 16,
36	Les collègues soutiennent et collaborent à l'AT. 7, 11, 16, 20, 23, 24, 27, 29, 30
37	La direction de l'entreprise et le superviseur réévaluent de façon régulière l'impact de l'AT sur l'équipe de travail. 7, 11, 12, 16
38	La direction de l'entreprise et le superviseur réévaluent les moyens mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par l'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc. 7, 11, 16

#### ***4.2.2 Second sous-objectif : Évaluer l'utilité des actions issues de la revue intégrative dans le contexte spécifique de la mise en place de l'AT dans les entreprises du Québec***

La liste des actions (résultat du premier sous-objectif de l'objectif 2) a été présentée aux experts dans le cadre d'une consultation par la méthode Delphi.

#### *4.2.2.1 Profil des experts consultés*

Un groupe de dix experts a participé à cette consultation. Neuf d'entre eux sont des femmes. Cinq participants sont des experts cliniques travaillant principalement dans le secteur privé. Quatre autres sont des experts scientifiques qui œuvrent au sein d'universités québécoises tandis que le dernier correspond aux critères d'inclusion des deux types d'experts à savoir clinique et scientifique. Les experts cliniques ainsi que celui ayant le double statut sont ergothérapeutes ou physiothérapeutes tandis que les experts scientifiques détiennent des diplômes en psychologie ou en relations industrielles.

#### *4.2.2.2 Niveau de consensus sur les actions*

Suite à la première ronde de consultation, les résultats quantitatifs indiquent que l'ensemble des actions a obtenu un résultat moyen supérieur au critère de consensus établi à 3/4. Les experts ont exprimé un haut niveau de consensus pour la majorité des actions proposées. En effet, 11 des 38 actions ont été jugées très utiles (4/4) par tous les experts. Dix actions ont obtenu un résultat moyen de 3,9/4 tandis que quinze actions ont obtenu un résultat moyen variant entre 3,5 et 3,8/4. Une action a obtenu un résultat moyen de 3,3/4 tandis qu'une seule action a tout juste atteint le critère de consensus établi à 3/4. Aucune action n'a obtenu une note inférieure à 3/4. La médiane des résultats moyens obtenus pour l'ensemble des actions est 3,9/4. À la lumière de ces résultats quantitatifs et en fonction du critère de consensus établi préalablement, les 38 actions ont été maintenues et il n'a pas été nécessaire de procéder à un second tour de consultation. La figure 3 illustre la distribution des actions en fonction du résultat moyen qu'elles ont obtenu suite à la consultation Delphi. Le tableau faisant état des résultats quantitatifs obtenus par chacune des actions est déposé à l'annexe 6.



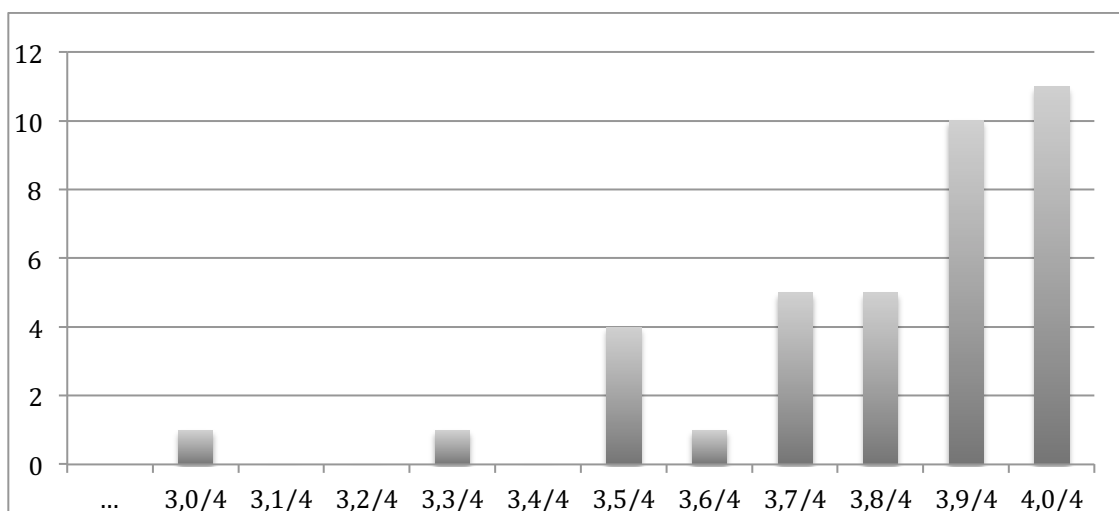


Figure 3: Distribution des actions en fonction du résultat moyen qu'elles ont obtenu

#### 4.2.2.3 Commentaires des experts au sujet des actions

Même en présence d'un fort consensus sur les actions, les experts ont formulé certains commentaires apportant des nuances. Tout d'abord, au sujet de l'action qui a obtenu le résultat moyen le plus bas soit 3/4, « L'entreprise propose l'AT au médecin du travailleur blessé dès la déclaration d'une lésion professionnelle », les commentaires des experts ont fait référence au moment de la mise en place de l'AT. En effet, « *dès la déclaration d'une lésion professionnelle* » soulève les réticences de certains experts qui sont d'avis que le type de lésion et la gravité de celle-ci sont des éléments à prendre en considération afin de juger du moment opportun pour proposer une AT. Quant aux autres commentaires, ils réfèrent à des enjeux de faisabilité.

Les experts sont d'avis qu'il est fort pertinent que le superviseur procède aux choix des tâches d'AT en collaboration avec le travailleur blessé. Cependant, ils sont préoccupés par la charge de travail additionnelle que cela pourrait impliquer pour le superviseur. Le fait de prévoir cette responsabilité dans la charge de travail du superviseur est évoqué comme moyen pour atténuer cette difficulté. De plus, afin de faciliter le choix des tâches, certains experts mentionnent que le superviseur nécessiterait de détenir des connaissances de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie ce qui n'est pas toujours le cas selon eux. La formation ainsi que la possibilité d'avoir recours à une ressource de soutien (à l'interne ou à l'externe de l'entreprise, un professionnel de l'ergonomie ou des ressources humaines) sont évoquées comme moyens compensatoires.

Finalement, les experts reconnaissent que la qualité des relations et des communications entre le superviseur et le travailleur est un élément fondamental de la démarche d'AT. En effet, une bonne relation facilite la démarche, tandis qu'une relation conflictuelle entre le superviseur et le travailleur peut l'entraver. La formation, ainsi que la possibilité d'avoir recours à une ressource de soutien sont évoquées comme moyens pouvant contribuer à établir et maintenir des relations de qualité.

Par ailleurs, les préoccupations liées à la surcharge de travail et à la qualité des relations entre les individus sont aussi mentionnées lorsqu'est évoquée la possibilité d'obtenir l'aide et le soutien des collègues pour effectuer les tâches d'AT. En effet, les experts soulignent que dans un contexte où les collègues sont souvent eux-mêmes en surcharge de travail, il pourrait être difficile pour le travailleur d'obtenir la collaboration de ces derniers. Par conséquent, les experts soulignent l'importance des relations harmonieuses entre collègues pour faciliter l'AT. Il est suggéré d'impliquer les collègues dans l'élaboration des moyens de soutien ce qui est perçu comme un moyen de favoriser leur collaboration à la démarche d'AT. La communication au sujet des attentes et le soutien de la direction sont aussi nommés comme des moyens permettant d'atténuer cette difficulté.

#### **4.3 Objectif 3 : Analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT selon la perspective de l'employeur**

Tel que mentionné précédemment à l'objectif 1, les résultats émergents des entrevues faites auprès de représentants d'entreprises ont révélé que l'argument économique est un incitatif important dans leur décision de mettre en place la mesure d'AT. Il en est même le principal motif d'application. En revanche, ces résultats ont aussi fait émerger que, malgré que les participants expriment avoir une lecture incomplète des impacts financiers de l'AT, les employeurs démontrent peu d'intérêt pour calculer son impact réel sur les finances de l'entreprise.

Les résultats de l'objectif 1 ont donc documenté l'analyse économique exploratoire adoptant la perspective de l'employeur qui a été effectuée. Cette analyse exploratoire démontre que le résultat net (c'est-à-dire les bénéfices desquels on a soustrait les coûts) associé à l'implantation de l'AT 2, l'AT 3 ou l'AT 4 en comparaison avec l'AT 1 varie beaucoup. Les résultats de chacune des comparaisons sont présentés ci-après et le tableau détaillé de l'analyse économique exploratoire est disponible à l'annexe 7.

#### ***4.3.1 Résultat net de la mise en place de l'AT 2 comparée à l'AT 1***

La mise en place de l'AT 2 permet à l'entreprise d'obtenir un résultat net légèrement positif en comparaison avec la mise en place de la forme d'AT 1. En effet, considérant que la valeur supplémentaire du travail effectué par le travailleur blessé est minime pour l'AT 2 en comparaison avec l'AT 1, chaque heure de travail étant valorisée à une fraction du salaire minimum en cohérence avec l'hypothèse émise, la mise en place de cette forme d'AT n'apporte pas de gains substantiels à l'entreprise. En contrepartie, la mise en place de l'AT 2 n'implique pas non plus de frais supplémentaires importants pour l'entreprise, 45 minutes par semaine du salaire du superviseur selon l'hypothèse émise. Le résultat net de la modélisation de l'AT 2 en fonction des hypothèses émises est vraisemblablement égal ou légèrement supérieur au résultat net du scénario de comparaison, soit l'AT 1. Concrètement, cela indique que l'entreprise qui décide de mettre en place la forme d'AT 2 peut s'attendre à des impacts financiers nuls ou légèrement positifs en comparaison avec la mise en place de l'AT 1.

#### ***4.3.3 Résultat net de la mise en place de l'AT 3 comparée à l'AT 1***

En considérant les hypothèses émises, la probabilité que la mise en place de l'AT 3 se solde par un résultat net positif est importante en comparaison avec l'AT 1. En effet, dans la forme d'AT 3, le travailleur blessé contribue à la production normale de l'entreprise, ce qui représente un gain de production important. Par ailleurs, dans cette forme d'AT, deux situations peuvent se présenter : celle où le travailleur blessé occupe habituellement un poste spécialisé (situation 1) et celle où il occupe habituellement un poste non spécialisé (situation 2). Ces deux situations amènent à des résultats nets positifs, mais dont l'ampleur est différente. Il appert que dans la situation 2, celle où le travailleur occupe habituellement un poste non spécialisé, le résultat net sera fortement positif tandis que dans la situation 1, où le travailleur occupe habituellement un poste spécialisé, il sera positif, mais dans une moindre ampleur. La différence entre les deux situations se situe dans la nécessité ou non de remplacer le travailleur blessé pour maintenir la productivité de l'entreprise. En effet, la forme d'AT 3 table sur la réorganisation des tâches au sein de l'équipe de travail dans le but de dégager des tâches moins exigeantes physiquement et de les assigner au travailleur blessé. Cette façon de faire permet d'éviter les frais de remplacement dans la situation 2. Dans la situation 1, la mise en place de l'AT 3 ne permettra pas d'éviter ces frais étant donné que les tâches spécialisées doivent continuer d'être effectuées pour soutenir la productivité de l'entreprise.

De plus, la forme d'AT 3 présente certains attributs de l'AT optimale telle que définie par les résultats de l'objectif 2. En effet, elle permet généralement au travailleur blessé de demeurer au sein de son équipe de travail, sur son lieu de travail et dans son horaire régulier. L'AT 3 lui permet aussi de développer ses capacités de travail tout en respectant ses incapacités partielles, et de bénéficier du support de ses collègues et du suivi régulier de son superviseur. Considérant cela, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la mise en place de la forme d'AT 3 permettrait d'accélérer le retour au travail régulier du travailleur blessé par rapport à la mise en place de l'AT 1 et 2, sans toutefois quantifier cette accélération. De plus, selon notre hypothèse, la mise en place de l'AT 1 ou 2 ne permettrait d'éviter aucun jour d'absence au travail régulier. Conséquemment, le nombre de jours d'absences au travail régulier qui seraient évités par la mise en place de l'AT 3 serait supérieur à zéro.

La mise en place de l'AT 3 se caractérise par une réorganisation des tâches de l'équipe ce qui implique des coûts. En effet, le superviseur discute avec les membres de l'équipe de travail ce qui représente une perte de productivité de l'équipe de travail en plus du temps du superviseur. De plus, la mise en place de l'AT 3 implique une certaine analyse des exigences des tâches ce qui pourrait rendre la consultation ponctuelle d'un professionnel de l'ergonomie nécessaire, d'où des coûts supplémentaires pour l'entreprise. Enfin, considérant que les contraintes physiques des tâches assumées par les collègues de l'équipe seront augmentées suite au fait que les tâches moins exigeantes seront assignées au travailleur blessé, il faudra en tenir compte dans le suivi de l'AT afin d'éviter que cet alourdissement de la tâche n'entraîne des difficultés aux autres membres de l'équipe. Cet aspect n'a toutefois pas été quantifié dans la modélisation économique.

En conclusion, la probabilité que la mise en place de l'AT 3 se solde par un résultat net positif est importante pour tous les types de travailleurs qu'ils soient spécialisés ou non, ce qui apparaît intéressant pour un employeur. Ce résultat net positif sera même plus avantageux si le travailleur blessé est non spécialisé en comparaison avec la situation où il est spécialisé.

#### ***4.3.4 Résultat net de la mise en place de l'AT 4 comparée à l'AT 1***

En considérant les hypothèses émises dans le cadre de la modélisation de la forme d'AT 4, la comparaison entre la mise en place de cette forme d'AT et l'AT 1 se solde par un résultat net fortement positif. En effet, sa mise en place permet au travailleur blessé de contribuer à la production de l'entreprise tout en évitant les frais de remplacement du travailleur. De plus, cette forme d'AT est superposable à celle décrite par Van Vilsteren et ses collaborateurs (2016), suggérant qu'elle permettrait un retour au travail régulier 1,44 fois plus rapide que dans la situation où le travailleur blessé n'est pas au travail dans des tâches modifiées, ce qui représente un gain additionnel pour l'entreprise.

En ce qui concerne les coûts, la mise en place de cette forme d'AT implique du temps de la part du superviseur ainsi qu'une perte de productivité du collègue qui vient apporter de l'aide au travailleur blessé. Selon notre hypothèse, dans la situation où le travailleur blessé requiert moins d'une heure d'aide par jour de la part d'un collègue, le résultat net est très positif pour l'entreprise.

#### ***4.3.5 Conclusions tirées de la modélisation des différentes formes d'AT***

Cet exercice de modélisation des différentes formes d'AT issues d'entrevues faites auprès de représentants d'entreprises (AT 2, 3 et 4) comparées à une forme d'AT minimale (AT 1) amène à conclure que les employeurs peuvent attendre davantage de la mise en place de la mesure d'AT que la simple économie sur les cotisations à verser à la CNESST.

En effet, en choisissant des tâches d'AT qui font partie de la production normale de l'entreprise (AT 3 et 4), il est possible d'augmenter de façon significative la valeur du travail fait par les travailleurs blessés bénéficiant de la mesure d'AT.

De plus, les résultats obtenus par la modélisation illustrent que le fait de choisir des tâches qui sont le plus près possible du travail régulier du travailleur blessé (AT 3 et 4) permet d'éviter des frais liés au remplacement à son poste du travailleur blessé. Sachant aussi que le fait d'assigner le travailleur blessé à des tâches qui sont près de son travail régulier contribue à réduire le nombre de jours d'absence à son travail régulier (retour au travail régulier jusqu'à 44% plus rapide grâce à l'AT 4), il est constaté que les gains et les coûts évités par la mise en place de l'AT 3 et 4 sont

importants lorsqu'on les compare à l'AT 1. Cependant, la mise en place des formes d'AT 3 et 4 implique des frais qui doivent être pris en compte. En effet, l'effort de supervision, l'effort de réorganisation de l'équipe de travail, l'effort d'aide d'un collègue, ainsi que la possibilité de nécessiter le recours à un professionnel de l'ergonomie, sont des éléments de coûts qui affectent à la baisse le résultat net de la mise en place de l'AT dans sa forme 3 ou 4 comparée à l'AT 1. Finalement, en considérant les gains et coûts évités, et en les réduisant des frais additionnels requis par la mise en place de la forme d'AT, il est possible de constater que les probabilités que la mise en place des formes d'AT 3 et 4 se soldent par un résultat net positif sont importantes lorsqu'on les compare à la mise en place de l'AT 1. Pour sa part, avec la mise en place de l'AT 2 comparée à celle de l'AT 1, notre modélisation suggère un résultat net nul ou légèrement positif.

Conséquemment, il apparaît que les employeurs auraient avantage, dans toutes les situations, à considérer d'abord de mettre en place la forme d'AT qui permet le résultat net le plus positif, soit l'AT 4. Dans l'éventualité où les capacités du travailleur blessé font en sorte qu'il requiert plus d'une heure par jour d'aide de la part d'un collègue pour s'acquitter de ses tâches, l'employeur devrait alors considérer la mise en place de l'AT 3. S'il est impossible de mettre en place l'AT 3, l'AT 2 devrait être elle aussi envisagée, tandis que l'AT 1 ne devrait pas même être considérée. De façon périodique, l'employeur devrait revoir le choix des tâches afin de mettre en place la forme d'AT permettant d'optimiser les résultats économiques de la mesure.

Afin d'illustrer la modélisation et en rendre ses résultats plus concrets, une simulation est présentée à titre d'exemple au tableau 7.

Tableau 7 : Simulation du résultat net de la mise en place des formes d'AT 2, 3 et 4 comparée à l'AT 1

<p>Usine de fabrication de portes et fenêtres</p> <p>-W<sub>2</sub>: La valeur d'une tâche d'AT qui n'est habituellement pas faite dans l'entreprise. Elle est établie à une fraction du salaire minimum par heure, est parfois égale à zéro et est nettement inférieure à W<sub>3</sub> et W<sub>4</sub>. Elle est établie à 5\$/heure dans le cadre de cet exercice.</p> <p>-W<sub>3</sub>: La valeur de la tâche effectuée par un travailleur en AT qui requiert moins de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier. Elle est établie à 15\$/heure.</p> <p>-W<sub>4</sub>: La valeur de la production horaire est la même que celle réalisée par le travailleur avant son arrêt de travail. La tâche effectuée par le travailleur en AT requiert le même niveau de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier. Elle est établie à 20\$/heure.</p> <p>-W<sub>M</sub>: La valeur de la production horaire de la moyenne des travailleurs. Elle est établie à 17\$/heure.</p> <p>-H= nombre d'heures de travail par semaine. Il est établi à 40 heures par semaine.</p> <p>-S= nombre de semaines où le travailleur est en AT. Il est établi à trois semaines pour les besoins de cet exercice.</p> <p>-N= nombre de travailleurs touchés par la réorganisation des tâches. On considère N=10.</p> <p>-H<sub>A</sub>= nombre d'heures d'absence moyen lorsqu'il n'y a pas d'AT mise en place. On l'établit à 320 heures.</p> <p>-H<sub>R4</sub>= nombre d'heures d'absence évitées par la mise en place de l'AT 4 : H<sub>A</sub> x 0,44= 140,8 h</p> <p>-F<sub>E</sub>= Frais unitaire de consultation d'un professionnel de l'ergonomie établi à 1000\$ pour l'exercice.</p>			
<p>Situation 1 :</p> <p>Le travailleur blessé est spécialisé.</p> <p>La mise en place des formes d'AT comparée à l'AT 1 donne :</p>	<p>AT 2:</p> <p>Différence de gains:</p> $40 \times W_2 \times S =$ $40 \times 5\$ \times 3 = 600\$$ <p>Différence des coûts:</p> $0,75 \times W_5 \times S =$ $0,75 \times 30\$ \times 3 = 67,50\$$ <p>Différence nette :</p> $600\$ - 67,50 = 532,50\$$	<p>AT 3:</p> <p>Différence de gains:</p> $40 \times W_3 \times S =$ $40 \times 15\$ \times 3 = 1\ 800\$$ <p>Différence des coûts:</p> $(W_5 + 0,5 \times N + W_M) \times S + F_E$ $(30\$ + 0,5 \times 10 + 17\$) \times 3 + 1000\$ =$ $1\ 156\$$ <p>Différence nette :</p> $1\ 800\$ - 1\ 156\$ = 644\$$	<p>AT 4:</p> <p>Différence de gains:</p> $(40 \times W_4 \times S) \times 2 + W_4 \times H_{R4} =$ $(40 \times 20\$ \times 3) \times 2 + 20\$ \times 140,8 = 7\ 616\$$ <p>Différence des coûts:</p> $(W_5 + 0,5 \times N \times W_M) \times S + F_E =$ $(30\$ + 85\$) \times 3 + 1\ 000\$ = 1\ 345\$$ <p>Différence nette :</p> $7\ 616\$ - 1\ 345\$ = 6\ 271\$$
<p>Situation 2 :</p> <p>Le travailleur blessé est non spécialisé.</p> <p>La mise en place des formes d'AT comparée à l'AT 1 donne:</p>	<p>Différence de gains:</p> $40 \times W_2 \times S =$ $40 \times 5\$ \times 3 = 600\$$ <p>Différence des coûts:</p> $0,75 \times W_5 \times S =$ $0,75 \times 30\$ \times 3 = 67,50\$$ <p>Différence nette :</p> $600\$ - 67,50 = 532,50\$$	<p>Différence de gains:</p> $> 40 \times W_4 \times S \times 2$ $> 40 \times 20\$ \times 3 \times 2$ $> 4\ 800\$$ <p>Différence des coûts :</p> $(W_5 + 0,5 \times 10 \times W_M) \times S + F_E =$ $(30\$ + 0,5 \times 10 \times 17\$) \times 3 + 1\ 000\$ =$ $1\ 345\$$ <p>Différence nette :</p> <p>plus de 3 455\$</p>	<p>Différence de gains:</p> $(40 \times W_4 \times S) \times 2 + W_4 \times H_{R4} =$ $(40 \times 20\$ \times 3) \times 2 + 20\$ \times 140,8 = 7\ 616\$$ <p>Différence des coûts:</p> $(W_5 + 0,5 \times N \times W_M) \times S + F_E =$ $(30\$ + 85\$) \times 3 + 1\ 000\$ = 1\ 345\$$ <p>Différence nette :</p> $7\ 616\$ - 1\ 345\$ = 6\ 271\$$

Selon la simulation effectuée, les économies que l'entreprise peut attendre de la mise en place des formes d'AT 2, 3 ou 4 comparées à l'AT 1 varient entre 532,50\$ et 6 271\$ pour une période de trois semaines. En effet, la mise en place de l'AT 2 permettrait des économies de 532,50\$ soit environ 30 heures de travail au taux horaire moyen de l'entreprise fictive, et ce que le travailleur blessé soit spécialisé ou non. La mise en place de l'AT 3 pour un travailleur spécialisé permettrait d'économiser 644\$, soit près d'une semaine de salaire au taux horaire moyen, tandis que pour un travailleur non spécialisé, l'économie serait de 3 455\$ soit l'équivalent de 5 semaines de travail au taux horaire moyen.

La mise en place de l'AT 4, que le travailleur soit spécialisé ou non, permettrait des économies de l'ordre de 6 271\$ soit plus de 9 semaines de salaire calculées selon le taux horaire moyen de l'entreprise fictive.

En résumé, les caractéristiques de l'AT 4 étant similaires à celles de l'AT optimale telle que définie par les résultats de la revue de littérature (voir tableau 4), nous concluons que cette forme d'AT est celle qui est la plus favorable pour la santé du travailleur. Nous concluons également que les résultats de cette simulation, qui illustre l'analyse exploratoire des impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT, démontrent que la mise en place de l'AT 4 est très favorable au plan économique pour l'employeur.

#### **4.4 Objectif 4 : Explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ par des utilisateurs potentiels**

Les trois objectifs précédents ont permis d'élaborer la version préliminaire de l'outil SPATEQ, dont l'acceptabilité prospective a été questionnée auprès d'utilisateurs potentiels par le biais d'entrevues auprès de représentants de quatre entreprises. La totalité des participants avait été rencontrée précédemment dans le cadre des entrevues de l'objectif 1. Le portrait des participants rencontrés, ainsi que le type d'entreprise pour laquelle ils œuvrent, est d'abord présenté ci-dessous. Par la suite, les principaux constats sont présentés en fonction des thèmes suivants : le format de l'outil; le langage utilisé; la pertinence de son contenu; les éléments utiles à son implantation éventuelle dans les entreprises.

##### ***4.4.1 Portrait des participants***

Le tableau 8 rapporte les caractéristiques des participants. En somme, il s'agit de femmes, d'un âge moyen de 44,4 ans (variant de 35 à 59 ans), présentant des niveaux de scolarité variés dans des domaines divers (ressources humaines ou la santé). Deux d'entre elles indiquent avoir suivi une formation complémentaire en santé et sécurité au travail. Les titres d'emploi sont divers, mais principalement rattachés au service des ressources humaines ou au service de santé. En moyenne, ils possèdent 7,8 ans d'expérience à leur poste actuel (entre 3 et 13 ans). Les participants œuvrent dans des entreprises provenant du secteur manufacturier.



Selon la définition de Statistiques Canada ([www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca)), deux de ces quatre entreprises peuvent être qualifiées de grandes entreprises (plus de 500 travailleurs), tandis que les deux autres sont des moyennes entreprises (de 100 à 499 travailleurs). Trois des quatre entreprises cotisent à la CNESST selon le régime rétrospectif tandis que les cotisations de la quatrième entreprise sont calculées au taux personnalisé.

Tableau 8 : Caractéristiques des participants et de leur entreprise

Participant participant	Sexe	Âge	Niveau de scolarité	Domaine d'études	Formation complémentaire en SST	Titre d'emploi	Nombre d'années d'expérience au poste actuel	Nombre d'années d'expérience à des postes équivalents	Nombre d'employés dans l'entreprise	Secteur d'activité	Régime de cotisation CNESST
3	F	45	Bacc	Ressources humaines	Non	Directrice RH	3	20	100	Manufacturier Aéronautique	Personnalisé En mutuelle
1	F	35	Sec	général	Oui	Conseillère SST	6	6	350	Manufacturier structure d'acier	Rétrospectif
4	F	41	Cégep	Travail social	Non	Gestionnaire des réclamations d'invalidité	12	17	1600	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif
2A	F	59	Cégep	Soins infirmiers	Oui	Infirmière industrielle	11	28	950	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif
2B	F	42	Bacc	Kinésiologie	Oui (maîtrise non complétée)	Spécialiste en santé et sécurité	6	16	950	Manufacturier Aéronautique	Rétrospectif

#### 4.4.2 Acceptabilité prospective de l'outil

##### 4.4.2.1 Format

À propos du format de l'outil, les participants sont d'avis que la présentation visuelle est intéressante et agréable.

P2 : « C'est simple, c'est beau, c'est visuel, oui. »

Par ailleurs, deux participants mentionnent qu'à l'étape 2, la présentation graphique avec les cases engendre une certaine confusion quant à l'ordre des actions à entreprendre.

L'organisation de l'outil en fonction des trois étapes est appréciée. Un participant propose « En tout temps » comme titre de la première étape plutôt que le titre actuel qui est « Avant qu'une lésion survienne », ceci pour mieux refléter le caractère continu de ces actions.

#### 4.4.2.2 Langage utilisé

Pour ce qui est du langage, les participants sont unanimes à dire que les termes utilisés dans l'outil sont clairs.

P4 : « C'est très bien dit. Très clair. Je pense que c'est correct. »

Une action a, par ailleurs, soulevé les questions de quelques participants quant à sa signification.

P2 : « Priorisent des stratégies de soutien qui sont simples et rapides à implanter... Ça mériterait d'être expliqué parce que je ne suis pas sûre c'est quoi des stratégies de soutien. »

Par ailleurs, quoique les participants indiquent que le langage utilisé est clair, l'un d'entre eux indique que les libellés des actions sont trop longs et contiennent trop de mots. Il suggère d'utiliser des verbes d'action et d'adopter un ton plus directif.

#### 4.4.2.3 Contenu

Sur le plan de la pertinence du contenu de l'outil pour les entreprises en général, les participants expriment des avis très positifs.

P4 : « C'est très très bien. Un bel outil. »

Plus spécifiquement, pour ce qui est de la description des tâches d'AT, les participants sont d'avis que cette dernière est suffisamment claire et détaillée pour guider un employeur doit faire le choix entre différentes tâches d'AT. Par contre, un participant est d'avis que cette description s'applique pour l'AT optimale et qu'elle risque de transmettre le message que si cette forme d'AT ne peut être mise en place, il vaut mieux ne pas faire d'AT du tout. Considérant que les conditions optimales sont rarement réunies dès la déclaration de la lésion, ce participant suggère d'ajouter dans l'outil la notion selon laquelle, malgré que l'AT optimale soit la cible à viser en tout temps, il faut savoir faire preuve de créativité dans l'identification de tâches, pour permettre l'assignation du plus grand nombre de travailleurs,

P3 : « Je vous dirais que ça reste large, mais les principes directeurs sont là et je pense que c'est bien. Oui, ça dirige le choix des tâches. »

P4 : « C'est sûr que là on parle de l'assignation temporaire optimale, mais... dans 50% des cas c'est autre chose. Faut pas négliger d'être créatif, y faut être capable de penser à d'autres choses qui vont être essentiel dans la production dans d'autres départements. C'est sûr que ça s'éloigne de sa tâche régulière, mais l'assignation ça reste un droit de l'employeur pis si y'a des besoins ailleurs je pense qu'il faut pas négliger non plus. »

Sur le plan de la liste des avantages pour l'employeur et pour le travailleur, les participants mentionnent que les avantages de faire de l'AT sont bien définis et suscitent l'intérêt. Par contre, deux participants les jugent incomplets puisqu'ils ne comprennent pas les économies que la mise en place de l'AT permet de faire sur les cotisations de CNESST.

P4 : « Justement dans les avantages pour l'employeur : je pense qu'il faudrait ajouter le fait qu'on économise beaucoup sur la cotisation CNESST lorsqu'on fait de l'assignation temporaire. Ça ressort pas et c'est très important... On le sait nous autres dans les bureaux, mais les superviseurs sont pas tant au courant et des fois ils veulent pas accommoder un travailleur blessé. Faut leur dire qu'on a des grosses économies à faire de l'assignation temporaire parce qu'eux autres ça les dérange et ils veulent pas collaborer des fois. »

Enfin, l'ensemble des actions est très favorablement accueilli par les participants qui le jugent complet et très utile.

P2 : « Oui, tout est important... les actions sont toutes là. »

Sur le plan de la pertinence du contenu de l'outil dans le contexte spécifique de leur entreprise, les participants expriment des réserves quant à la possibilité de mettre en place l'AT optimale telle que cela est décrit dans l'outil. Ces réserves sont en lien avec le fait d'assigner le travailleur à des tâches qui soient proches de son travail régulier et sont de deux ordres. Le premier ordre de réserves concerne la nature même des activités de l'entreprise, nature qui fait en sorte qu'apparaissent imposantes les exigences physiques de l'ensemble des postes en production. Le second ordre concerne les capacités du travailleur blessé au moment de la mise en place de la mesure d'AT, capacités qui imposent parfois le choix d'une tâche éloignée de son travail régulier.

P1 : « Nous on fait pas ça parce que l'employé blessé ne fait pas de travail léger à son poste de travail régulier. S'il pouvait faire du travail léger à son poste régulier, ce serait facile de faire ça. Mais ici, le travail d'usine est trop physique. »

P4 : « Si le gars est en béquille, je peux pas l'envoyer dans la production, y va aller dans les bureaux. Si c'est un gars de soir, j'ai pas de bureau le soir, y va aller de jour. On va aller jusqu'à modifier le lieu et l'horaire pour arriver à assigner. Mais l'idée est de se rapprocher du travail régulier. »

L'ensemble des participants mentionne que plusieurs des actions proposées dans l'outil font déjà partie de leurs pratiques actuelles. De plus, certains participants expriment un intérêt à modifier leurs pratiques en y intégrant certaines actions proposées dans l'outil.

P4 : « On n'a pas de lettre de la direction concernant la politique, mais éventuellement... on pourrait peut-être mettre en place une politique écrite et une lettre pour le médecin. C'est une très bonne idée d'ailleurs parce que ça informe le médecin de la manière qu'on gère ça et ça l'aide aussi. Oui, très bien. »

Sur le plan de la compatibilité du contenu de l'outil avec leur organisation de travail, les participants mentionnent tous que la séparation des tâches, telle que proposée dans l'outil, ne correspond pas à l'organisation du travail dans leur entreprise. Les participants soulignent, par ailleurs, que l'organisation du travail est très différente d'une entreprise à l'autre et qu'ainsi, les personnes impliquées dans les différentes actions peuvent varier de façon considérable. Par conséquent, la répartition des actions selon la fonction des personnes suscite plusieurs questionnements de la part des participants, et détourne l'attention des éléments importants de l'outil, soit les actions elles-mêmes.

P2 : « En fait, c'est peut-être pas nécessaire de les classer selon une organisation hiérarchique. Ce qu'on veut c'est que les actions soient faites. En fait ce qu'on dit c'est qu'un bon programme d'assignation temporaire, l'entreprise doit faire ça. Pour ce qui est des responsabilités, ben y'a tellement de variations d'un milieu à l'autre que ça va être propre à chaque entreprise à l'organiser à sa façon. »

Les participants expriment majoritairement que les valeurs véhiculées par l'outil, soit la communication, la collaboration, l'équité et le respect sont généralement compatibles avec celles de leur entreprise. Le fait de susciter la collaboration du travailleur pour effectuer le choix des tâches est toutefois rejeté par un participant qui mentionne :

P1 : « Mais on n'inclut pas le travailleur dans la décision. On y va selon les limitations que le médecin nous donne et selon la disponibilité qu'on a dans l'usine. Évidemment, si un travailleur suggère qu'il veut répondre au téléphone, on peut pas offrir ça. S'il dit : je veux passer le balai, on peut pas offrir ça. On a déjà des choses d'établies pour les travailleurs qui se blessent sauf que il y a les limitations fonctionnelles sur lesquelles ont fait attention. Non, j'inclurais pas le travailleur dans le choix des tâches. »

De plus, l'action d'éviter de contester/judiciariser les réclamations est décrite par un participant comme étant très difficilement applicable. Selon ce participant, la difficulté de cette action provient du fait que son entreprise est membre d'une mutuelle, et que la contestation de l'ensemble des réclamations est la norme pour toute mutuelle de prévention.

P3 : « ...éviter les contestations, c'est pas toujours possible... Vous savez, c'est le premier réflexe de toutes les mutuelles. Dès que tu es mutualisé, il faut contester tout. Ils contestent tout. »

Pour les autres participants qui œuvrent dans des entreprises cotisant à la CNESST selon le régime rétrospectif, le fait d'éviter de contester/ judiciaireiser les réclamations apparaît compatible avec leurs valeurs.

#### *4.4.2.4 Besoins liés à l'implantation*

Les participants sont d'avis que l'outil est simple, ce qui fait en sorte qu'il pourrait être implanté sans qu'une formation particulière soit requise. En effet, ils mentionnent qu'une présentation de l'outil faite par un intervenant interne serait suffisante pour qu'il soit compris et utilisé dans leur entreprise.

P4 : « Je pense que oui, ça se tient par soi-même. Ici, on a des formations en continu pour les superviseurs sur différents sujets : comment coder l'*overtime*, en gestion, sur plein de sujets. Y'a déjà une micro formation qui parle des relations de travail, de l'assignation temporaire, de la prévention, tout ça. Peut-être que ça pourrait être intégré dans une formation à l'interne. »

Par contre, l'action de l'outil indiquant que les superviseurs et les cadres intermédiaires reçoivent une formation de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie, suscite des enjeux de faisabilité, considérant que les participants mentionnent ne pas savoir où s'adresser pour avoir accès à une telle formation. De plus, l'enjeu financier est soulevé lorsqu'est envisagée une formation provenant de ressources professionnelles externes.

P4 : « Les cadres reçoivent une formation... Est-ce qu'y existe des formations données par la CSST, qui sont gratuites?... Nous, à part le centre patronal ou des compagnies privées qui nous demandent de déboursier pour former nos superviseurs, on a rien. Si y'existe des formations gratuites, on serait intéressé... On serait très favorable à le faire, mais quand ça implique des coûts là... »

En résumé, selon les utilisateurs potentiels consultés, l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ apparaît globalement positive. Tous mentionnent apprécier son format simple et visuellement agréable, ainsi que son langage clair et compréhensible. Les valeurs véhiculées par l'outil SPATEQ (communication, collaboration, équité et respect) apparaissent en harmonie avec celles des utilisateurs potentiels consultés. Quant aux réserves évoquées par ceux-ci, elles concernent principalement la division des actions selon la fonction des personnes dans l'entreprise puisqu'ils ne se reconnaissent pas dans cette organisation du travail.

Aussi les résultats suggèrent l'ajout d'un texte expliquant que les entreprises devraient viser la mise en place de l'AT optimale en tout temps, mais que toute forme d'AT s'en approchant est déjà une stratégie positive. Également, l'économie sur les cotisations à payer à la CNESST, rendue possible par la mise en place de l'AT, devrait être clairement indiquée dans les avantages. Finalement, la proposition de formation au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie pour des personnes de l'entreprise soulève des questionnements de coûts reliés à celle-ci.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION

---

Dans le but ultime de favoriser une pratique de l'AT plus centrée sur la santé des travailleurs dans les entreprises du Québec, un outil a été développé dans le cadre de cette recherche. Il a été élaboré pour les employeurs afin de les guider de façon simple et pratique dans la mise en place de cette mesure de retour au travail inscrite dans la LATMP. De plus, considérant que les frais reliés aux lésions professionnelles des travailleurs apparaissent au cœur des préoccupations des employeurs (Lafond et al., 2011; Baril & Berthelette, 2000), des éléments économiques faisant état des avantages de la mise en place de l'AT optimale ont été inclus, afin d'inciter les employeurs à améliorer leur pratique d'AT au profit de la santé des travailleurs. L'outil ainsi développé a été nommé l'outil de « Soutien à la pratique de l'assignation temporaire destiné aux employeurs québécois », le SPATEQ. Il s'appuie sur une démarche rigoureuse de développement d'outils qui s'est déployée jusqu'à l'évaluation de l'acceptabilité prospective par des utilisateurs potentiels.

Dans le présent chapitre, la discussion est présentée en fonction des différents objectifs de l'étude. Par la suite, les forces et limites ainsi que les retombées de cette étude sont présentées.

### 5.1 Principaux résultats pour chacun des objectifs spécifiques de l'étude

Le premier objectif de l'étude était d'explorer le déploiement actuel de la mesure d'AT dans des entreprises québécoises. En procédant par entrevues auprès de représentants d'entreprises, trois constats ont été dégagés. Le premier est que l'objectif de réduction des coûts attribuables aux lésions professionnelles est la pierre angulaire de l'implantation de l'AT dans les entreprises. De fait, l'AT semble mise en place de façon systématique dans les entreprises qui ont un incitatif financier à le faire, à savoir celles pour qui son utilisation permet de diminuer la cotisation à verser à la CNESST. Plus précisément, il s'agit des grandes entreprises, assujetties au régime rétrospectif, ainsi que les moyennes entreprises soumises au tarif personnalisé. Quant à elles, les petites entreprises, qui adhèrent à une mutuelle de prévention, ont accès au tarif personnalisé de groupe incitant, dans une moins grande mesure, à mettre en place l'AT.

Par ailleurs, nos résultats suggèrent que les employeurs et directions des ressources humaines ressentent peu la nécessité d'effectuer un calcul détaillé de l'impact de l'AT.

En effet, la réduction de cotisations à verser à la CNESST apparaît d'une ampleur suffisante pour convaincre les entreprises de mettre en place la mesure. Ce premier constat est similaire aux résultats des études publiées il y a plus de 15 ans par Stock et ses collaborateurs (1999) et Baril et Berthelette (2000). Il importe de souligner que ces études sont parmi les très rares écrits scientifiques publiés sur l'AT. Ces deux équipes de chercheurs rapportaient déjà la relation entre la réduction des coûts attribuables aux lésions professionnelles et la mise en place de la mesure d'AT par les entreprises québécoises. Par ailleurs, Lafond et ses collaborateurs (2011), dans un ouvrage pratique destiné aux entreprises, décrivent le recours à l'AT comme étant une pratique incontournable pour les entreprises soucieuses de limiter les impacts financiers des lésions professionnelles.

Le deuxième constat issu des résultats à l'objectif 1 suggère que la mise en place de l'AT dans les entreprises (choix des tâches, choix des moyens de soutien, suivi du travailleur) repose généralement sur une démarche informelle n'impliquant pas l'utilisation d'outil ou le recours à une ressource spécialisée. De plus, dans la plupart des cas, le travailleur est impliqué dans cette démarche, le degré de cette implication varie toutefois selon les entreprises. Ce constat est également similaire à ce qu'ont rapporté par Stock et coll. (1999), qui concluent que les approches et les formes de mesures de retour au travail diffèrent d'une entreprise à l'autre, et qui soulignent l'importance d'inclure le travailleur blessé dans le processus d'AT afin de susciter sa collaboration.

Le troisième constat suggère que les entreprises déploient généralement l'AT suivant trois formes caractérisées par deux éléments : d'une part, la valeur de la production faite par le travailleur blessé et, d'autre part, la considération ou non de l'expertise et des compétences du travailleur dans le choix des tâches auxquelles il est assigné. Ce constat est similaire à ce qui est rapporté par Baril et Berthelette (2000) qui décrivent l'attribution des postes d'AT dans les entreprises selon leur utilité et leur contribution à la production.

En somme, nos résultats suggèrent qu'il y a eu peu d'évolution, depuis la fin des années 1990, dans la façon qu'ont les entreprises de mettre en place l'AT, et que la démarche demeure informelle et différente d'une entreprise à l'autre. Nos résultats suggèrent, de surcroît, une stabilité sur le plan des motifs d'implantation de la mesure d'AT, motifs qui demeurent centrés sur la cotisation à verser à la CNESST, et n'incluent pas la prise en compte de l'impact économique global, bien réel, attaché à la mise en place de la mesure d'AT.



Cette apparente inertie des organisations pourrait être partiellement expliquée par l'approche néo-institutionnelle en théorie des organisations (Scott, 2001). Cette approche qui prend racine dans différentes disciplines dont l'économie, les sciences politiques et la sociologie, définit trois piliers de la structure institutionnelle, le régulateur, le normatif et le culturo-cognitif, qui agissent à différents niveaux dans les organisations. Le premier pilier, le régulateur, réfère au système de règles qui entourent l'organisation. Dans le cas de la mise en place de l'AT, ce pilier est représenté par la LATMP et plus particulièrement l'article 179 de cette loi. Ce pilier n'a pas été modifié depuis 1985. Le second pilier, le normatif, réfère aux normes et aux valeurs en précisant les buts à atteindre et les moyens pour y parvenir. Dans le contexte de l'AT, il renvoie à la démarche de mise en place de la mesure dans les entreprises, l'utilisation de grilles, de guide de pratique ou d'outils de prise de décision. Les résultats des entrevues démontrent que les entreprises n'utilisent aucun guide de pratique et n'ont aucune balise qui encadre la mise en place de l'AT. La démarche proposée par Stock et ses collaborateurs en 2005, le guide ORMT, était destinée à établir la nouvelle norme en matière de mise en place de l'AT et visait à améliorer l'utilisation de la mesure au profit de la santé des travailleurs. Par contre, les entreprises n'y ont pas adhéré puisque son utilisation impliquait des connaissances en ergonomie qu'elles ne détiennent pas. (Malo et al, 2007). De ce fait, le pilier normatif est demeuré stable, c'est-à-dire que les entreprises appliquent la mesure selon une démarche informelle qui ne s'appuie pas sur les données probantes relatives aux bonnes pratiques de retour au travail. Ce qui nous amène au troisième pilier, le pilier culturo-cognitif qui réfère au cadre commun de signification, au cadre construit et partagé par tous. Dans le contexte de l'AT, ce pilier renvoie aux motivations qui poussent les entreprises à mettre en place la mesure d'AT. Les entrevues ont démontré que le cadre commun de signification de l'AT pour les entreprises est le fait que c'est une mesure qui permet de faire des économies importantes sur le montant des primes à verser à la CNESST. Ce cadre de signification est partagé par l'ensemble des participants aux entrevues de notre étude et est demeuré inchangé par rapport à ce qui ressort des travaux des chercheurs qui se sont penchés sur l'application de la mesure d'AT dans le passé (Stock et al., 1999; Baril & Berthelette, 2000). En s'appuyant sur l'approche néo-institutionnelle de théories des organisations, il apparaît conséquent que la mise en place de la mesure d'AT dans les entreprises soit demeurée inchangée depuis 20 ans puisque les trois piliers institutionnels sont demeurés stables.

Le second objectif de cette étude était d'identifier les actions à mettre en place pour déployer une AT optimale pour la santé des travailleurs lombalgiques. La combinaison de deux méthodes a permis de dégager les actions qui ont par la suite été intégrées dans le SPATEQ. En premier lieu, une revue intégrative de littérature portant sur les différentes interventions au travail et comportant une forme de travail allégé, et s'adressant aux travailleurs présentant une lombalgie non spécifique, a permis de dégager 38 actions. Par la suite, la méthode Delphi, une méthode de consensus permettant de rassembler et de synthétiser la connaissance d'un groupe d'experts (Bourré et al., 2008), a été utilisée afin d'identifier, parmi ces 38 actions, celles qui sont utiles à la mise en place de l'AT optimale dans le contexte québécois.

Le constat qui découle de cette consultation d'experts est que les actions issues de la revue intégrative ont toutes fait l'objet d'un consensus de la part des experts quant à leur utilité dans le processus de mise en place de l'AT. Les résultats quantitatifs de la consultation démontrent que toutes les actions ont atteint ou dépassé le critère d'atteinte du consensus qui avait été établi à 3/4 par l'équipe de recherche. Conséquemment, aucune action n'a été rejetée par le groupe d'experts suite à cet exercice, qui s'est conclu après un seul tour de consultation.

Selon Powell (2003), la qualité des résultats obtenus par la méthode Delphi repose principalement sur le choix des experts consultés. Ceux-ci doivent, d'une part, avoir la légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel ils appartiennent et, d'autre part, être en nombre suffisant pour que les nuances relatives au sujet étudié puissent s'exprimer. Dans cette étude, la complémentarité d'experts cliniques et scientifiques permet de supposer que notre échantillon était adapté pour dégager les nuances utiles et émettre un jugement valable quant à la valeur, tant scientifique que pratique, de l'action proposée.

Quant au nombre d'experts constituant le groupe, Bourré et coll. (2008) indiquent que, malgré qu'un groupe de quatre participants puisse parfois suffire, des groupes de 10 à 15 participants sont habituellement constitués. Powell (2003), pour sa part, abonde dans le même sens en soutenant qu'un faible nombre de participants peut être compensé par la qualité de l'échantillon. Conséquemment, nous estimons que, par leur qualité et leur nombre, les dix experts de notre échantillon valident les résultats obtenus.

Pour ce qui est du critère d'atteinte du consensus d'une consultation Delphi, Corbière et Larivière (2014) mentionnent qu'il n'y a pas de règle claire qui l'encadre et qu'il appartient à l'équipe de recherche de l'établir avant le début de la consultation. Dans le cadre de cette étude, le critère d'atteinte du consensus entre les experts avait été établi à 3/4. Sachant que l'ensemble des actions a fait consensus dès le premier tour, il est permis de se questionner : Est-ce que le critère d'atteinte du consensus établi était trop faible et quels résultats auraient été obtenus s'il avait été différent? Or, il appert que si le critère d'atteinte du consensus avait été établi à 3,5/4, seulement deux des 38 actions soumises à l'avis des experts auraient été éliminées par la consultation Delphi. Par conséquent, ceci suggère que les résultats de la consultation par la méthode Delphi ne sont pas fortement influencés par la valeur du seuil d'accord que nous avons déterminé.

Ainsi donc, le fort consensus obtenu dès le premier tour apparaît être l'effet de l'intégration des méthodes de collecte de données dans le processus d'identification des actions de l'AT. En effet, selon Powell (2003), le premier tour d'une consultation Delphi est généralement consacré à des questions ouvertes visant à identifier les éléments à évaluer dans les tours de consultations suivants. Dans le cas de cette étude, les experts ont plutôt été consultés sur une production de connaissances issue d'une revue de littérature particulièrement adaptée au contexte de l'étude, à savoir la revue intégrative. En effet, selon Hong et ses collaborateurs (2017), en combinant l'analyse de données qualitatives et quantitatives, la revue intégrative contribuerait à une meilleure compréhension des effets liés au contexte et aux enjeux des différentes parties prenantes, favorisant ainsi la production de connaissances pratiques riches. Cette adaptation de la méthode Delphi apparaît avoir contribué à l'efficacité de la démarche de consultation des experts.

Ainsi, les actions proposées par l'outil SPATEQ sont jugées utiles pour favoriser un retour au travail prompt et durable des travailleurs blessés et faisables dans le contexte spécifique de l'AT où les employeurs sont responsables de la mesure. L'outil SPATEQ propose des actions favorisant la collaboration et la communication entre le superviseur et le travailleur blessé et n'implique pas d'analyse de tâche ni d'évaluation des risques. L'outil développé dans le cadre de cette étude n'implique pas le développement de compétences éloignées du pilier normatif actuel des entreprises ce qui pourrait favoriser son adoption.

À l'objectif 3, une modélisation économique a été effectuée dans le but d'analyser de façon exploratoire les impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT de la perspective de l'employeur. Les résultats de cette analyse économique suggèrent que la mise en place des deux formes d'AT caractérisées par des tâches faisant partie de la production habituelle de l'entreprise, l'AT 3 et 4, permet de dégager un résultat net fortement positif, le choix final de mettre en place l'une ou l'autre des formes d'AT s'appuyant sur le niveau de spécialisation du travailleur blessé. Les avantages économiques les plus significatifs de ces formes d'AT ont été rapportés dans le SPATEQ.

Dans le cadre de cette étude, les éléments de coûts et de bénéfices ont été choisis en tenant compte non seulement des concepts utilisés en économie de la santé (Drummond et al., 2005), mais aussi de ceux utilisés spécifiquement en économie de la santé au travail (Tompa et al., 2008). De plus, ces éléments ont été choisis en cohérence avec la perspective adoptée, à savoir, celle de l'employeur considérant qu'il est l'utilisateur du SPATEQ. Par ailleurs, considérant que les constats résultant de cette analyse économique seraient intégrés à l'outil, l'équipe de recherche a voulu que les éléments qui la composent soient simples à concevoir pour l'employeur tout en étant directement liés à l'AT. Ainsi, à titre d'exemple, le calcul du coût du roulement de personnel relatif à la détérioration du climat de travail, associé à la mise en place d'une forme d'AT perçue négativement par les collègues du travailleur blessé, nous est apparu trop éloigné des préoccupations des employeurs pour être considéré. Notre position est partagée par Lebeau et Duguay (2011) qui soutiennent que l'objectif sous-jacent à l'estimation des coûts influence le choix des éléments considérés et, conséquemment, qu'une estimation complète des coûts n'est pas nécessaire en toutes circonstances dans la mesure où les résultats sont suffisamment fiables pour permettre la prise de décision.

Quant aux hypothèses retenues pour monétariser les différentes formes d'AT, elles ont principalement été élaborées sur la base d'une théorie économique reconnue soit la théorie du capital humain (Rice, 1967). Cette position de l'équipe rejoint celle de Lebeau et Duguay (2011) qui proposent la théorie du capital humain pour estimer les coûts et les bénéfices lorsque l'analyse économique adopte la perspective de l'employeur.

Conséquemment, le choix des éléments de coûts et de bénéfices inclus dans la modélisation économique des différentes formes d'AT, ainsi que les hypothèses utilisées pour en évaluer la valeur, soutient la validité de l'exercice et la pertinence des résultats qui en découlent. Par ailleurs, il n'est pas possible de comparer nos résultats à ceux de la littérature étant donné que c'est la première analyse économique, ici exploratoire, réalisée sur les coûts et les gains associés à l'AT au Québec.

Étant donné que les résultats de l'objectif 1 avaient mis en lumière le fait que la mesure d'AT est mise en place dans le but de réduire les coûts liés aux lésions professionnelles, les différents constats de l'analyse économique exploratoire ont été introduits dans l'outil sous la forme d'avantages pour l'employeur. Le fait de mettre de l'avant les avantages financiers de la mise en place de l'AT optimale, tel que proposé par l'outil SPATEQ, vise à inciter un changement de pratique en s'appuyant sur les motivations des entreprises à utiliser l'AT, ou, pour reprendre les termes de la théorie de Scott (2001), en s'appuyant sur le pilier culturo-cognitif des entreprises.

L'objectif 4 consistait à explorer l'acceptabilité prospective de l'outil SPATEQ par des utilisateurs potentiels. Globalement, les résultats ont mis en lumière que l'outil est perçu comme simple et clair et qu'il correspond aux valeurs ainsi qu'aux pratiques actuelles des utilisateurs potentiels. Ces caractéristiques correspondent parfaitement à celles décrites par Lortie et ses collaborateurs (2012) comme favorisant l'adoption de guides de pratique, tel que cela est stipulé dans leur étude visant à faire le bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé. Par ailleurs, les résultats ont aussi révélé que l'utilisation de l'outil impliquerait une modification dans l'organisation du travail ainsi que l'acquisition de certaines nouvelles connaissances. Or, ces deux caractéristiques sont rapportées par Lortie et ses collaborateurs (2012) comme faisant partie des attributs nuisant à l'adhésion à un guide de pratique.

À la lumière de ce qui précède, l'outil SPATEQ apparaît avoir le potentiel de favoriser un processus de changement dans la pratique de l'AT dans les entreprises du Québec au profit de la santé des travailleurs. Par ailleurs, aucun outil, aussi bien conçu soit-il, ne peut avoir d'effet s'il n'est pas adopté par les utilisateurs potentiels ce qui implique, au premier chef, sa diffusion. À cet effet, des actions de diffusion sont prévues par le biais de conférences à des groupes d'employeurs, des présentations directement en entreprise et à différents regroupements patronaux.

## 5.2 Forces, limites et retombées de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces. D'abord, elle a produit de nouvelles connaissances en faisant le point sur la pratique de l'AT dans certaines entreprises du Québec, ce qui n'avait pas été fait depuis plus de 15 ans.

La deuxième force de notre étude est d'avoir placé l'utilisateur potentiel de l'outil au cœur de nos considérations, et ce, dès le début du développement de l'outil. Cela est en cohérence avec les recommandations du Conseil de recherche médicale du Royaume-Uni qui mentionne l'importance de tenir compte de l'utilisateur potentiel et du contexte spécifique où il serait utilisé dès le début du processus de développement d'un outil (Craig et al., 2006). Ces auteurs soulignent aussi l'importance que l'outil soit basé sur des données probantes, mais insistent sur la nécessité qu'il soit construit de façon à ce que l'utilisateur potentiel y retrouve spécifiquement les informations dont il a besoin pour s'engager dans un processus d'amélioration de ses pratiques. Conséquemment, la consultation des utilisateurs au début et à la fin de l'étude représente un atout indéniable.

De plus, le fait d'avoir pris en compte les préoccupations des utilisateurs potentiels a d'ailleurs apporté un point d'ancrage tout à fait novateur à l'outil. En effet, le SPATEQ est le premier outil visant à soutenir la pratique de l'AT qui tient compte du moteur naturel de l'utilisateur potentiel, soit l'aspect économique. En effet, en dépit du fait que l'objectif de réduction des coûts poursuivi par les entreprises, dans le cadre de la mise en place de l'AT, ait été très bien décrit par de précédentes études (Stock et al., 1999; Baril & Berthelette, 2000), à ce jour aucun outil utilisant cet argument comme moteur de changement des pratiques d'AT n'avait été développé. De plus, l'analyse exploratoire a démontré des impacts économiques forts différents selon la forme d'AT mise en place par l'entreprise. Cette démonstration n'avait jamais été réalisée auparavant.

Une autre force est l'utilisation rigoureuse d'une méthode d'analyse systématique des entrevues, soit la méthode par questionnement analytique (Paillé & Muchielli, 2016) qui soutient la fiabilité des résultats obtenus. Par contre, le nombre peu élevé d'entrevues effectuées auprès des entreprises pourrait soulever un questionnement. Cependant, dans les deux étapes de l'étude (objectifs 1 et 4) l'analyse a permis d'observer une saturation des données recueillies. Cependant, nos résultats reflètent principalement de grandes entreprises dans la région métropolitaine ce qui

ne représente pas la réalité de tous les travailleurs québécois. Ainsi, la transférabilité des résultats est limitée. De plus, il importe de soulever le possible biais de volontariat lié au fait que les participants à la seconde série d'entrevues (visant à explorer l'acceptabilité prospective de l'outil) avaient déjà participé aux premières entrevues et étaient possiblement fortement intéressés à l'étude.

Tel que mentionné précédemment, les méthodes utilisées pour déterminer les éléments de contenu de l'outil SPATEQ représentent également une force de cette étude. En effet, selon Hong et coll. (2017), la revue intégrative de littérature est appropriée pour un sujet peu étudié ou très lié à un contexte particulier considérant qu'elle permet de combiner des données probantes provenant de sources variées. De plus, à l'étape de l'analyse (transformation des principes en action), la double vérification a permis d'assurer la fiabilité des résultats obtenus. Toutefois, la revue de littérature s'étant bornée à des articles en lien avec la lombalgie, ces résultats ne peuvent pas être transférés à d'autres clientèles, telles que les cervicalgies ou les atteintes du membre supérieur, ce qui constitue une limite de cette étude. Cependant, Vandembrock et coll. (2016) soutiennent que les programmes développés pour les lombalgies sont aussi efficaces avec les autres sites de TMS, considérant qu'ils sont basés sur la communication et la coordination entre les parties prenantes ainsi que sur le contenu des interventions de retour au travail, plutôt que sur des actions reliées à un diagnostic spécifique. Quoique la nature des actions proposées dans l'outil SPATEQ suppose son applicabilité transdiagnostique, une validation de l'outil auprès de ces clientèles devrait toutefois être faite afin de s'en assurer.

Bien que le contenu du SPATEQ soit basé sur des données probantes et que le contexte de mise en place, de même que l'utilisateur potentiel, aient été considérés dans son développement, il demeure que l'outil devra passer par différentes phases pour mieux cerner sa faisabilité et son efficacité. Conséquemment, les pistes de recherches futures sont les suivantes : une étude pilote d'expérimentation serait utile pour bonifier l'outil à partir des perceptions de différents utilisateurs dans des milieux de travail variés dans une démarche de « concurrent acceptability » selon le modèle théorique de Sekhon et al. 2017. De plus, considérant que les éléments de coûts et de bénéfices qui ont été inclus dans l'analyse économique sont issus d'une décision de l'équipe de recherche, il serait utile de valider ces choix auprès d'un groupe d'employeurs par une méthode de consensus telle que la méthode TRIAGE (Albert et al., 2014). Enfin, il serait utile de

mettre en place une étude expérimentale décrivant non seulement l'effet de l'outil sur les durées d'absence au travail régulier mais également une analyse du rapport coût avantage de l'utilisation de celui-ci.



## CONCLUSION

---

Les lombalgies d'origine professionnelle représentent un problème de santé majeur qui peut entraîner de l'incapacité au travail et, par conséquent, des coûts personnels et sociaux importants.

Au Québec, pour favoriser la réadaptation des travailleurs blessés et réduire l'absentéisme prolongé, la LATMP comprend une mesure nommée l'AT qui est sous la responsabilité des employeurs. Cette mesure, qui est une forme de retour au travail par le biais de tâches allégées, est largement mise en place dans certaines catégories d'entreprises québécoises étant donné les réductions de cotisations CNESST qui en découlent. Malgré la perception que cette mesure est favorable pour la santé des travailleurs, les employeurs bénéficient de peu de balise pour la planifier et l'implanter. Cette étude avait pour objectif de combler partiellement cette lacune en développant un outil de soutien à la pratique de l'assignation temporaire destiné aux employeurs du Québec, le SPATEQ.

Considérant que l'AT correspond aux caractéristiques d'une intervention complexe, le processus méthodologique adopté a tenu compte des meilleures pratiques concernant le développement d'outils, afin de maximiser son potentiel d'adoption par les employeurs québécois.

À cette fin, des utilisateurs potentiels ont été consultés au début et à la fin de l'étude afin de mieux saisir leurs motivations à mettre en place la mesure d'AT et prendre connaissance de leurs pratiques actuelles. Cette consultation a permis de mettre en lumière l'importance de l'aspect économique dans le processus décisionnel des employeurs quant à la mise en place de l'AT. C'est pourquoi cette étude a comporté une analyse exploratoire des impacts économiques de la mise en place des différentes formes d'AT présentes en entreprises, afin d'en tirer des constats qui ont été inclus dans l'outil.

Cette analyse exploratoire des impacts économiques a permis de constater que l'AT mise en place sous une forme s'appuyant sur les données probantes en réadaptation au travail, est aussi celle qui est la plus avantageuse au niveau financier pour les entreprises. L'outil propose des actions qui sont issues d'un processus rigoureux de revue intégrative et de consultation d'experts par la méthode Delphi, ainsi le contenu proposé est robuste et jugé applicable au Québec.

Quoique les utilisateurs aient été au cœur du processus, que leurs préoccupations et leur contexte aient été considérés, il demeure que l'acceptabilité du SPATEQ par les employeurs n'a été considérée que de façon prospective, soit par des utilisateurs potentiels qui n'ont pas expérimenté l'outil. Il serait donc utile et nécessaire de poursuivre la démarche d'évaluation de la faisabilité de l'outil. Il s'agit d'un premier pas visant à baliser la pratique d'AT dans les entreprises québécoises et d'une base pour la poursuite des études en lien avec le sujet de l'incapacité au travail des travailleurs québécois.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

---

- Albert, V., Durand, M.-J. et Pepin, G. *Triage: une technique structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus*. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé, M. Corbière et N. Larivière. 2014, Québec: Presses de l'Université du Québec. p. 305-326.
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *RR-238: Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Récupéré sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-238.pdf>
- Berthelette, D., Bilodeau, H., & Leduc, N. (2008). Pour améliorer la recherche évaluation en santé au travail. *Santé Publique*, 20 (Mai-Juin Supplément No 3), 171-179. Récupéré sur <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-hs-page-171.htm>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., . . . & Fernandez, M. (2009). How We Design Feasibility Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (5), pp. 452-457.
- Brousselle, A., Lachaine, J., & Contandriopoulos, A. P. (2009). Chap. 9 L'évaluation économique. In Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hatz, Z. (Éds), *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal, Canada: Presse de l'Université de Montréal. pp. 199-211.
- Bultmann U., & Brouwer, S. (2013) Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In Loisel, P. & Anema, J. R. (Éds). *Handbook of Work Disability Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer, pp. 149-162.
- Bourré, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56, pp. 415-423.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, A., Cameron, J., & Hillage, J. (2010) Workplace involvement improves return to work rates among employees with backpain on long-term sickness leave : a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32 (8), pp. 607-621.
- Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec (2014). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2012*.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail au Québec. (2016). *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2012-2015*. Récupéré sur <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-322web.pdf>
- Contandriopoulos, A. P. (1990) *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC. Presses de l'Université de Montréal.

- Corbière, M. & Larivière, N. (Éd.) (2014) *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, QC. Presse de l'Université du Québec.
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M., & Loisel, P. (2013). Work Disability Models : Past and Present. In Loisel, P., & Anema, J.R. (Éds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management*. New York, United States of America : Springer. pp. 71-93.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2006, mai). *Developing and Evaluating Complex Interventions: new guidance*. Medical Research Council. Récupéré de <http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance>
- Descarreaux, M., Cantin, V., Piché, M., Dubois, J. D., Lardon, A., & Pagé, I. (2016). RR-939 *Déterminants cliniques et neuromécaniques du développement de l'incapacité lombaire chez les travailleurs*. Récupéré sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-939.pdf>
- Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006), *Clinique des Lombalgies Interdisciplinaires en Première ligne*. Récupéré sur <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/clip.pdf>
- Drummond, M., Sculpher, M., & Torrance, G. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programs* (3e éd.). Oxford, United States of America: Oxford University Press.
- Durand, M.J., Corbière, M., Coutu, M.F., Reinhartz, D. & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48, pp. 579-589.
- Durand, M. J., Sylvain, C., Fassier, J. B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., . . . & Bernier, M. (2017). R-942 *Troubles musculosquelettiques Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. Récupéré sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf>
- Fortin, M. F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Frache, R.L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, volume 15, no 4. pp. 607-631.
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain: New evidence gives new hope-if we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal*, 158 (12), pp. 1625-1631.
- Gatchel, R. J., & Shultz, I. Z. (2012). *Handbook of Occupational Health and Wellness*. New York, United States of America: Springer.

- Hernandez, A. M., & Peterson, A. L. (2012). Work-Related Musculoskeletal Disorders and Pain. In Gatchel, R. J., & Shultz I.Z. (Éds), *Handbook of Occupational Health and Wellness*. New York, United States of America: Springer. pp. 63-85.
- Hlobil, H., Uegaki, K., Staal, B., De Bruyne, M., Smid, T., & van Mechelen, W. (2007). Substantial sick-leave cost savings due to a graded activity intervention for workers with non-specific subacute low back pain. *European Spine Journal*, 16, pp. 919-924.
- Hoefsmits, N., Houkes, I., & Nijhuis, J.N. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, volume 22, pp. 462-477.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Bujold, M., & Wassef, M. (2017). Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Systematic Reviews*, 6 (61), pp. 1-14. doi: 10.1186/s13643-017-0454-2
- Hulshof, C., & Pransky, G. (2013). The Role and Influence of Care Providers on Work Disability. In Loisel, P. & Anema, J. R. (Éds). *Handbook of Work Disability Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer, pp. 203-215.
- Jensen, I., Bergstrom, G., Ljungquist, T., & Bodin, L. (2005). A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation program for back and neck pain. *Pain*, 115, pp. 273-283.
- Kastner, M., Estey, E., Hayden, L., Chatterjee, A., Grudniewicz, A., Graham, I. D., & Bhattacharyya, O. (2014). The Development of a guideline implementability tool (GUIDE-IT): a qualitative study of family physician perspectives. *BMC Family Practice*, 15 (19), pp. 1-29. Récupéré sur <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/19>
- Krause, N., Dasinger, L. K., & Neuhauser, F. (1998). Modified Work and Return to Work: A Review of the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8 (2), pp. 113-139.
- Lafond, R., Mercier, G., & Perrin, K. (2011). *Le Corré en bref volume 8 Réduire les coûts des lésions professionnelles par l'assignation temporaire: mode d'emploi*. Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Lebeau, M., Duguay, P., & Boucher, A. (2014). *Rapport R-769 Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007 (version révisée)*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Le Petit Larousse illustré* (2015). Paris, France: Larousse.
- Leung, D., Rispoli, L., & Gibson, B. (2011). *Les petites, moyennes et grandes entreprises dans l'économie canadienne: mesure de leur contribution au produit intérieur brut en 2005*. Récupéré sur <http://www.statcan.gc.ca/pub/11f0027m/11f0027m2011069-fra.pdf>

- Lippel, K., & Lötters, F. (2013). Public Insurance Systems: A Comparaison of Cause-Based and Disability-Based Income Support Systems. In Loisel, P. & Anema, J. R. (Éds). *Handbook of Work Disability Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer, pp. 183-202.
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) (RLRQ, chapitre A-3.001).
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J.M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Lemaire, J. (1997). A Population-Based, Randomized Clinical Trial on Back Pain Management. *Spine*, volume 22, no 24, pp. 2911-2918.
- Loisel, P. & Anema, J.R. (Éd.) (2013) *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer.
- Loisel, P., & Côté, P. (2013) The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implications. In Loisel, P. & Anema, J. R. (Éds). *Handbook of Work Disability Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer, pp. 59-67.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Tremblay, C. (2001). Disability Prevention: New Paradigm for the Management Of Occupational Back Pain. *Disease Management Health Outcomes*, 9 (7), pp. 351-360.
- Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, M.J., Champagne, F., Stock, S., Diallo, B. & Tremblay, C. (2002). Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis of a Disability Prevention Model for Back Pain Management : A Six Year Follow up Study. *Occupational Environmental Medecine*, volume 59, pp. 807-815.
- Lortie, M., Laroche, E., Denis, D., Nastasia, I., Faye, C., Gravel, S., . . . , & Desmarais, L. (2012). *R-736: Bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé: Enseignements clés et transférabilité pour la santé et la sécurité au travail*. Récupéré sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-736.pdf>
- Malo, J.L., Stock, S. & Kumashiro, M. (2007) Role of ergonomics in secondary prevention of musculoskeletal disorders: « Tools for Modified Work », a Canadian perspective. <http://www.dbpia.co.kr/Journal/ArticleDetail/NODE01063017> (consulté le 2015-12-17)
- Nastasia, I., Coutu, M.F., & Cibotaru, A. (2014) *Rapport R-841 Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques – une revue systématique de la littérature mise à jour 2008-2013*. Institut de recherche Robert –Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Padula, R.S., Carregaro, R.L., Melo, B., Da Silva, C.R. & Oliveira, A.B. (2012). Low back pain d disability and stay at work: contradiction or necessity? *Work*, volume 41, 2417-2419. DOI : 10.3233/WOR-2012-0476-2417.
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4ème éd.). Malakoff, France: Armand Collin.

- Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (4), pp. 376-382.
- Rice, D. P. (1967). Estimating the cost of illness. *American Journal of Public Health*, 57 (3), pp. 424-440.
- Scott, W. Richard. (2001). *Institutions and Organizations*. 2ième édition. Thousand Oak : Sage Publications.
- Sekhon, M. Cartwright, M. & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17:88 DOI 10.1186/s12913-017-2031-8
- Shaw, W. S., Kristman, V. L. & Vézina, N. (2013) Workplace issues. In Loisel, P. & Anema, J. R. (Éds). *Handbook of Work Disability Prevention and Management*. New York, United States of America: Springer, pp. 163-182.
- Stall, J., Hlobil, H., Twisk, J., Smid, T., Koke, A., & van Mechelen, W. (2004). Graded activity for low back pain in occupational health care. *Annual International Medicine*, 140, pp. 677-84.
- Steenstra, I., Anema, J., Bongers, P., van Tudler. M., & van Mechelen, W. (2006). Economic e evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, pp. 557-578.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., Simoneau, S. & Vaillancourt, C. (2005). *Troubles musculo-squelettiques : Guide et outils pour le maintien et le retour au travail*. Direction de la santé publique-Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R. & Durand, M. J. (1999) *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal, Workready Phase 1 : Volet qualitatif québécois*. Direction de la santé publique- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Sultan-Taïeb, H. (2011). Analyses coût-avantage des interventions de prévention du stress au travail. In : *Stress au travail et santé, situation chez les indépendants*. Éditions Inserm, Collection Expertise collective, pp. 321-345.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2e éd.). Los Angeles, United States of America: Sage Publications.
- Tompas E., Culyer A. J., & Dolinschi R. (2008). *Economic Evaluation of Interventions for Occupational Health and Safety, Developing Good Practice*. London, United Kingdom: Oxford University press.

- Tompa E., Dolinski R., de Oliveira C., Amick B. C., & Irvin E. (2010). A Systematic Review of Workplace Ergonomic Interventions with Economic Analyses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, pp. 220-234.
- Uegaki, K., de Bruijne, M. C., Lambeek, L. Anema, J. R., van der Beek, A. J., van Mechelen, W. & van Tulder, M. W. (2010). Economic evaluations of occupational health interventions from a corporate perspective – a systematic review of methodological quality. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, volume 36, no 4, pp.273-288.
- Vandenbroeck, S., Verjeans, M., Lambreghts, C., & Godderis, L. (2016). *Research review on rehabilitation and return to work*. Récupéré sur <https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/research-review-rehabilitation-and-return-work>
- Van Oostrom, S. H., Driessen M. T., de Vet, H. C. W., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., van Mechelen, W., & Anema, J. R. (2009) Workplace Interventions for Preventing Work disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Van Vilsteren, M., Van Oostrom, S. H., De Vet, H. C. W., Franche, R. L., Boot, C. R. L., & Anema, J. R. (2015) Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10.
- Williams, R. M., Westmorland, M. G., Lin, C. A., Schmuck, G. & Green, M. (2007). Effectiveness of Workplace Rehabilitation Interventions in the Treatment of Work-Related Low Back Pain: A Systematic Review. *Disability and Rehabilitation*, volume 29, no 8, pp. 607-624.
- Wittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), pp. 546-553.
- Zimney, K., Louw, A. & Puenteadura, E.J. (2014). Use of Therapeutic Neuroscience Education to address psychosocial factors associated with acute low back pain: a case report. *Physiotherapy Theory and Practice*, volume 30, no 3, pp. 202-209.



## ANNEXE 1

---

### Lettre de recrutement

Terrebonne, le 21 avril 2016.

Nom de la personne, titre,  
Nom de l'entreprise,  
Adresse de l'entreprise.

- Sujet : Projet de recherche universitaire.

Bonjour M. xxx,

Vous avez à cœur la santé et la sécurité de vos employés?

Vous êtes conscients des impacts financiers liés à un accident de travail?

Je suis étudiante-chercheuse à l'Université de Sherbrooke et je travaille actuellement sur un projet de recherche qui est susceptible de vous intéresser.

L'objectif du projet :

Développer un outil pour supporter les employeurs dans la mise en place de la mesure d'assignation temporaire (travaux légers) pour leurs employés blessés au dos et qui permettra d'évaluer les coûts et les bénéfices de cette mesure de retour au travail.

Si vous avez, en ce moment ou au cours de la dernière année, un ou des employés en assignation temporaire (travaux légers) pour cause de maux de dos dans votre entreprise, j'aimerais vous rencontrer.

Je veux connaître votre façon d'organiser l'assignation temporaire, l'estimation des coûts et/ou des économies liés à cette mesure ainsi que votre opinion générale sur cette pratique dans votre entreprise.

Je me déplacerai à votre entreprise pour cette rencontre d'environ 45 minutes au moment et à l'heure qui vous convient.

Faites-moi connaître votre intérêt et je vous contacterai pour en discuter plus longuement.  
Merci et au plaisir de vous rencontrer !

Line Lemelin, erg. Candidate à la maîtrise de recherche en Sciences de la santé,  
Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke.

## **Guide d'entretien pour les entrevues avec les employeurs**

### **Introduction :**

- Merci d'accepter de me rencontrer.
- Je me présente.
- Explication du projet, réponse aux questions du participant.
- Mentionner qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'important est de bien comprendre leur point de vue.
- Lecture et signature du formulaire de consentement.
- Introduction des sujets : façon de faire de l'AT, évaluation des coûts de l'AT et opinion générale.

### **Thème 1 L'AT dans votre entreprise.**

**Est-ce que l'AT est courante dans votre entreprise pour les troubles musculo-squelettiques comme maux de dos, épaules, cou, etc.?**

**Globalement, comment procédez-vous pour l'AT dans votre entreprise?**

Comment est prise la décision de faire une AT pour un travailleur blessé au dos dans votre entreprise?

- Qui initie le processus?
- Qui est impliqué dans la décision?
- Comment/par qui les communications sont-elles faites pour arriver à cette décision?

Comment sont évaluées/identifiées les capacités du travailleur?

- Qui est impliqué dans l'évaluation/l'identification des capacités du travailleur?
- Que cherchez-vous à identifier dans le processus d'AT? Ses incapacités, ses capacités, les deux?
- Quelle est la place du travailleur dans l'identification de ses capacités?

Comment sont identifiées les tâches auxquelles sera assigné le travailleur blessé?

- Qui est impliqué dans l'identification des tâches?
- Est-ce que le superviseur, les collègues, le représentant syndical ou autres sont impliqués?
- Est-ce que vous utilisez des formulaires/outils pour évaluer les exigences des tâches?
- Est-ce que vous faites appel à des ressources externes?

Est-ce que d'autres éléments sont considérés lors de l'identification d'une tâche d'AT?

- Accréditation syndicale, division des tâches par département, etc.

Est-ce qu'il existe différents types d'AT dans votre entreprise?

- Par exemple, l'assignation du travailleur à son poste régulier à quelques heures par semaine et le reste du temps il est absent du travail ou l'assignation à temps complet sur des tâches complètement différentes du poste régulier de l'employé blessé.

Décrivez-moi les différents types d'AT que vous mettez en place dans votre entreprise?

- Poste régulier du travailleur :
  - Avec modifications des heures?
  - Avec modifications des tâches?

- Avec aide? D'un collègue ou de l'équipe de travail?
- Autres?
- Poste différent que le poste habituel du travailleur :
  - Poste créé pour l'AT?
  - Poste existant?

Est-ce qu'un suivi de l'AT est fait? Comment? Par qui? À quelle fréquence?

Est-ce qu'un ajustement des tâches est fait en cours d'AT? Comment? Par qui? À quelle fréquence?

### **Thème 2 Le coût de l'AT dans votre entreprise.**

**Abordons maintenant l'aspect des coûts de l'AT dans votre entreprise.**

Décrivez-moi les coûts que l'AT engendre pour l'entreprise.

- Investissement en RH, diminution de productivité de l'équipe, paie quelqu'un faire des tâches improductives, etc.

Décrivez-moi les bénéfices monétaires/non monétaires que votre entreprise retire en faisant de l'AT.

- Maintien de l'expertise, coûts de formation et de recrutement évités, productivité maintenue par l'ensemble de l'équipe, retour accéléré du travailleur à son poste, etc.

Utilisez-vous des données/indicateurs pour mesurer ces coûts et ces bénéfices? Lesquelles?

Au final, est-ce que l'AT est un coût ou une économie pour votre entreprise? Pourquoi?

**Voici maintenant quelques questions d'ordre général.**

De façon générale, quelle est votre opinion au sujet de l'assignation temporaire?

- Est-ce que vous considérez que cela diminue le temps d'absence de l'employé blessé à son emploi régulier?
- Est-ce que cela retarde la reprise de son travail régulier? Pourquoi?

Est-ce que votre entreprise a une politique relative au maintien et au retour au travail des employés blessés?

- Si oui, que contient cette politique?
  - Est-elle bien connue des employés, de la direction?
- Si non, considérez-vous utile d'en avoir une?
  - Que devrait-elle contenir?

Y a-t-il des choses que vous aimeriez me dire à propos de l'assignation temporaire que nous n'avons pas abordées auparavant?

Merci de votre collaboration.

## Canevas investigatif pour l'analyse des entrevues d'employeurs

### **Thème 1 : L'état de la pratique d'AT dans les entreprises du Québec**

À la lumière des rencontres faites auprès d'employeurs du Québec,

#### 1.1 Utilisation de la mesure d'AT:

- Que peut-on dire au sujet de la fréquence de la pratique d'AT?
- Que peut-on dire au sujet des objectifs poursuivis par les entreprises en utilisant la mesure d'AT?

#### 1.2 Processus décisionnel entourant l'AT:

- Que peut-on dire au sujet du processus de prise de décision entourant la pratique d'AT?
  - Qui est impliqué dans la décision de mettre en place ou non la mesure d'AT?
  - Qui initie le processus de prise de décision?
  - Qui décide de la mise en place de l'AT?
  - Comment sont faites les communications dans ce processus de prise de décision?
  - Y a-t-il des éléments facilitateurs ou faisant obstacles dans ce processus de prise de décision?

#### 1.3 Mise en place de l'AT dans l'entreprise :

##### 1.3.1 Que peut-on dire au sujet du **choix des tâches d'AT**?

- Qui est impliqué dans le choix des tâches d'AT?  
(employé blessé /employeur/syndicat/professionnel de l'ergonomie/autre?)
- Parmi quelles tâches choisit-on celles qui seront effectuées en AT?  
(à partir des tâches régulières de l'employé blessé/ à partir d'une liste de tâches spécifiques pour l'AT/autre)
- Quels sont les aspects considérés dans le choix des tâches d'AT?  
(exigences de la tâche (analyse faite par qui et comment?)/ compétences et expertise de l'employé en AT/ besoins de l'entreprise/ maintenir les liens avec l'équipe de travail/ maintenir l'horaire habituel de l'employé/ autres)

##### 1.3.2 Que peut-on dire au sujet des **moyens pour soutenir** l'employé blessé dans le processus d'AT?

- Quels moyens sont disponibles?  
(moyens organisationnels, matériels, personnels)
- Qui choisit les moyens utilisés?
- Qui est informé/impliqué dans la mise en place de ces moyens?

##### 1.3.3 Que peut-on dire au sujet du **suivi** de l'AT dans les entreprises?

- Qui l'assure?
- Comment est-il fait? (fréquence/objectifs)

#### 1.4 Perception de la mesure d'AT dans l'entreprise :

- Que peut-on dire au sujet de la perception de la mesure d'AT par les différents acteurs dans l'entreprise? (employé blessé, collègues, superviseur, direction, syndicat, etc.)
- Quels sont les éléments qui influencent positivement ou négativement cette perception?

- Que peut-on dire à propos de la perception des employeurs relativement à l'impact de l'AT sur le délai de retour au travail des employés blessés, sur la durabilité du retour au travail?

#### 1.5 Influence du contexte de travail :

- Que peut-on dire au sujet de l'influence exercée par le contexte de travail sur l'AT?
  - Quels sont les éléments du contexte de travail qui sont favorables à l'AT?
  - Quels sont les éléments du contexte de travail qui sont défavorables à l'AT?

#### 1.6 Cadre, procédures, politiques :

- Que peut-on dire au sujet de l'encadrement de l'AT par des procédures ou des politiques?
  - Existe-t-il une politique ou une procédure formelle relative à l'AT dans l'entreprise?
  - Si oui, est-elle connue des employés, des superviseurs, des responsables du syndicat, de la direction de l'entreprise, etc. De quelle façon est-elle diffusée? Que contient-elle?
  - Si non, en existe-t-il une informelle? Quelle est-elle? Qui est connue de qui? Qui est diffusée de quelle manière?

### **Thème 2 : Les considérants économiques de l'AT dans les entreprises du Québec**

À la lumière des rencontres faites auprès d'employeurs du Québec,

#### 2.1 Perception générale de la mesure d'AT au plan financier :

- De façon générale, au plan financier, que peut-on dire de la perception qu'ont les employeurs de la mesure d'AT?
  - Économie/dépense?

#### 2.2 Connaissance des impacts financiers de la mesure d'AT:

##### 2.2.1 Que peut-on dire au sujet de la connaissance des employeurs relativement à l'impact financier de la mesure d'AT **en lien avec la prime CSST?**

- Indicateurs spécifiques à l'AT utilisés/suivis?
- Calcul des coûts et des coûts évités?

##### 2.2.2 Que peut-on dire de la connaissance des employeurs relativement à l'impact financier de la mesure d'AT **sur la productivité totale de l'entreprise?**

- Indicateurs utilisés/suivis? (nombre de produits fabriqués vs nombre d'heures payées ou profit net vs nombre de produits fabriqués, coût lié à la dotation d'un poste, par exemple)

#### 2.3 Productivité des employés en AT :

- Que peut-on dire à propos de la productivité des employés en AT considérant la façon qu'est mise en place la mesure d'AT dans les entreprises du Québec?
  - Choix de tâches d'AT effectué en ayant pour objectif de maximiser la productivité de l'employé, d'utiliser les compétences et l'expertise de l'employé blessé?

## ANNEXE 2

---

### Courriel de recrutement pour la consultation Delphi

Bonjour,

Mon nom est Line Lemelin. Je suis ergothérapeute et étudiante à la maîtrise au programme de Sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Je suis supervisée par Professeur Marie-Josée Durand de l'Université de Sherbrooke et par Professeure Hélène Sultan-Taïeb de l'École des Sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal. C'est Professeur Durand qui m'a suggéré de vous contacter étant donné qu'elle pense que vous pourriez être intéressé à contribuer à ce projet de recherche.

Ce projet de recherche vise à développer un outil pour soutenir les employeurs dans la mise en place de **la mesure d'assignation temporaire** dans leur organisation afin de favoriser la reprise du travail en santé chez les travailleurs présentant une lombalgie.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec (article 179) inclut une mesure que l'on nomme **l'assignation temporaire**. Cette mesure vise à favoriser le prompt retour en emploi du travailleur ayant subi une lésion professionnelle en l'assignant à des tâches dont les exigences physiques concordent avec ses capacités sans toutefois augmenter les risques d'aggravation de sa blessure (voir l'extrait de la Loi reproduit plus bas)

Dans le cadre de notre projet de recherche, nous avons effectué une revue de littérature de laquelle nous avons extrait une liste d'actions à faire dans le cadre de la mise en place d'une assignation temporaire optimale. À cette étape, nous désirons consulter, par la méthode Delphi, un groupe de dix à quinze experts de la prévention de l'incapacité au travail sur la pertinence de ces actions.

Si vous acceptez de faire partie de ce groupe d'experts, je vous ferai parvenir par courriel un document contenant la liste d'actions sur lesquelles vous aurez à vous prononcer. J'estime qu'il faudra deux tours de consultation et que chaque tour vous demandera environ 20 minutes de votre temps.

Vous trouverez en pièce jointe le formulaire de consentement qui vous permettra d'obtenir les détails de l'implication qui vous est demandée. Je suis disponible pour répondre à vos questions par courriel ou par téléphone. Si vous acceptez de participer à ce projet, veuillez signer le formulaire et me le retourner par courriel.

Merci de considérer cette demande.

Line Lemelin, erg. Candidate à la maîtrise en sciences de la santé,  
Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke- Campus de Longueuil

Loi sur les Accidents du travail et les maladies professionnelles, article 179, Québec :

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier, en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou devienne capable d'exercer un emploi convenable, même si sa lésion n'est pas consolidée, si le médecin qui a charge du travailleur croit que:

- 1° le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail;
- 2° ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion; et
- 3° ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.

### **Courriel de rappel pour la consultation Delphi**

Bonjour,

Ceci est un petit rappel concernant la consultation relative à l'assignation temporaire optimale à laquelle vous avez accepté de participer à titre d'expert.

Le formulaire Lime Survey est accessible jusqu'au 14 décembre prochain.

Pour le compléter, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

Merci beaucoup!

Line Lemelin, erg.

Candidate à la maîtrise en Sciences de la Santé

Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé

Université de Sherbrooke-Campus de Longueuil,



### **Courriel de remerciement-fin de la consultation Delphi**

Bonjour,

En décembre dernier, vous avez généreusement accepté de participer à une consultation d'experts portant sur la pertinence d'une liste d'actions à faire dans le cadre de la mise en place d'une assignation temporaire optimale. Étant donné la convergence des résultats obtenus, il ne sera pas nécessaire de faire une seconde ronde de consultation.

J'aimerais par contre souligner que j'ai compilé les diverses préoccupations que vous avez partagées et qu'elles seront considérées dans la suite du projet.

Je tiens à vous remercier très sincèrement d'avoir partagé avec moi vos connaissances et votre expertise ainsi que pour le temps que vous avez consacré à mon projet de maîtrise.

Si vous le désirez, il me fera plaisir de vous informer lorsque l'outil sera disponible.

Bonne journée!

Line Lemelin, erg.  
Candidate à la maîtrise en sciences de la santé,  
Faculté de médecine et des sciences de la santé,  
Université de Sherbrooke- Campus de Longueuil

### Consultation Delphi-contenu du formulaire web

À l'issue d'une revue de littérature, nous avons identifié : 1) une définition de l'**assignation temporaire optimale**, 2) les objectifs qu'on peut atteindre en la mettant en place et 3) une liste d'actions permettant de mettre en place une **assignation temporaire optimale** dans une organisation.

Nous désirons obtenir votre opinion sur la liste d'actions associée à une assignation temporaire optimale. Mais tout d'abord, consultez la définition et les objectifs de l'assignation temporaire optimale retenue.

**La définition** de l'assignation temporaire optimale :

**Une assignation temporaire optimale** est un ensemble de tâches qu'un employé est en mesure d'effectuer malgré son incapacité partielle. Ces tâches : utilisent les compétences et l'expérience de l'employé, sont ajustées en fonction de l'évolution de ses capacités et sont productives pour l'organisation.

**Les objectifs** qu'on peut atteindre par sa mise en place :

L'assignation temporaire optimale permet à l'employé :

- de limiter les effets négatifs au plan physique, psychologique et social liés à une absence prolongée du travail.
- de maintenir une identité positive de travailleur malgré son incapacité partielle.
- de conserver ses repères de travailleur : horaire, lieu, collègues, etc.
- de développer ses capacités dans le but de reprendre ses tâches régulières de travail.

L'assignation temporaire optimale permet à l'organisation :

- de bénéficier des compétences et de l'expérience de l'employé.
- de maintenir sa productivité.
- de contrôler les coûts liés aux lésions professionnelles.

Dans le cadre de cette consultation, nous aimerions connaître votre opinion sur l'utilité des actions proposées en lien avec une AT optimale. Pour chacune des actions, veuillez répondre à la question suivante :

Considérant que le but est de mettre en place l'assignation temporaire optimale dans une organisation, je considère cette action :

1. Pas du tout utile
2. Très peu utile
3. Un peu utile
4. Très utile

Veuillez commenter votre opinion lorsque vous considérez les actions « Pas du tout utile » ou « Très peu utile ». N'hésitez pas à ajouter tout autre commentaire au sujet de ces actions.

**Le premier groupe d'actions proposées est l'expression concrète des valeurs et de la culture de l'organisation en lien avec la santé et la sécurité des employés. Il s'agit de:**

La direction de l'organisation adopte une politique de maintien et de retour au travail qui inclut la mesure d'assignation temporaire (AT).

La direction de l'organisation diffuse sa politique de maintien et de retour au travail à l'ensemble des parties prenantes (employés, superviseurs, représentants syndicaux, gestionnaires, etc.).

La direction de l'organisation s'assure que sa politique de maintien et de retour au travail est appliquée dans l'ensemble de l'organisation.

Les superviseurs et la direction de l'organisation reçoivent une formation de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie.

La direction de l'organisation soutient et seconde le superviseur dans son rôle de coordination de l'AT.

La direction de l'organisation est flexible et ouverte aux solutions soutenant l'AT.

La direction de l'organisation et les superviseurs s'adressent, en tout temps, aux employés d'une façon empreinte de considération et d'empathie.

La direction de l'organisation et le superviseur s'assurent de l'équité entre les employés.

La direction de l'entreprise évite de contester/judiciariser les réclamations des employés blessés.

**Le second groupe d'actions proposées préparent la mise en place de l'AT optimale et se déroulent entre la déclaration d'une lésion professionnelle par un employé jusqu'à son premier jour en assignation temporaire.**

La direction de l'organisation identifie comme responsable de la coordination de l'AT le supérieur immédiat de l'employé qui déclare une lésion professionnelle.

Le superviseur prend en charge l'AT.

L'organisation propose l'AT au médecin de l'employé dès la déclaration d'une lésion professionnelle.

Le superviseur maintient le lien entre l'employé et l'organisation par des appels téléphoniques pendant la période d'absence.

Dès que l'AT est autorisée par le médecin traitant, le superviseur et l'employé se rencontrent pour préparer le plan d'AT.

Le superviseur et l'employé discutent de leurs perceptions quant aux éléments pouvant faire obstacle à l'AT.

Le superviseur et l'employé identifient de façon collaborative les tâches d'AT.

Le superviseur et l'employé choisissent des tâches qui se rapprochent le plus possible du travail régulier de l'employé afin de mettre à profit son expérience et son expertise.

Le superviseur et l'employé choisissent des tâches d'AT qui misent sur l'utilisation des capacités de l'employé en dépit de ses incapacités partielles.

Le superviseur et l'employé identifient de façon collaborative les moyens à mettre en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT.

Le superviseur et l'employé priorisent des moyens de soutien qui sont simples et rapides à implanter. Par exemple : demander l'aide des collègues par opposition à installer un treuil au plafond pour faciliter le soulèvement de charges.

Le superviseur et l'employé conviennent d'un plan d'AT.

Le superviseur présente le plan d'AT à la direction de l'organisation.

La direction de l'organisation et le superviseur évaluent l'impact du plan d'AT sur l'équipe de travail.

La direction de l'organisation et le superviseur conviennent des moyens qui seront mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par le plan d'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.

Le superviseur informe les collègues des tâches qui seront faites par l'employé en AT et de l'organisation de travail que cela implique.

**Le troisième groupe d'actions proposées visent à faire le suivi de l'AT optimale et se déroulent du premier jour en assignation temporaire jusqu'au moment où cette mesure prend fin.**

Le superviseur et l'employé tiennent des rencontres fréquentes (formelles et informelles) pour assurer le suivi de l'AT.

Le superviseur et l'employé communiquent de façon positive, ouverte et continue pendant toute l'AT.

Le superviseur et l'employé adaptent de façon régulière les tâches d'AT afin de les ajuster aux capacités de l'employé et de progresser vers le retour à ses tâches régulières de travail.

Le superviseur et l'employé s'assurent que les tâches d'AT sont aussi près que possible du travail régulier de l'employé afin de mettre à profit son expérience et son expertise.

Le superviseur et l'employé s'assurent que les tâches d'AT utilisent les capacités de l'employé en dépit de ses incapacités partielles.

Le superviseur et l'employé réévaluent de façon régulière les moyens mis en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT.

Le superviseur et l'employé identifient les obstacles au succès de l'AT et conviennent des solutions à mettre en place.

La direction de l'organisation et le superviseur font appel à des ressources professionnelles lorsque l'AT ne permet pas de progresser vers le retour au travail régulier (ergonome, ergothérapeute, etc.)

La direction de l'entreprise évite de contester/judiciariser les difficultés liées à l'AT.

Le superviseur continue d'informer les collègues des tâches qui seront faites par l'employé en AT et de l'organisation de travail que cela implique.

Les collègues soutiennent et collaborent à l'AT.

La direction de l'organisation et le superviseur réévaluent de façon régulière l'impact de l'AT sur l'équipe de travail.

La direction de l'organisation et le superviseur réévaluent les moyens mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par l'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.

## ANNEXE 3

---

### Guide d'entrevue pour explorer l'acceptabilité de l'outil par les utilisateurs potentiels

Formulaire de consentement.

Objectif : obtenir votre opinion à titre d'utilisateur potentiel.

#### Trois parties à l'outil :

1. Les tâches d'une AT optimale
2. Les avantages de la mise en place de l'AT optimale
3. Les étapes à suivre pour y arriver

#### 1. Les tâches d'une AT optimale.

- Après avoir lu cette section de l'outil, est-ce que les caractéristiques des tâches de l'AT optimale vous apparaissent **claires et compréhensibles**?
- Est-ce que les caractéristiques des tâches de l'AT optimale vous apparaissent suffisamment **spécifiques** pour vous guider dans le choix des tâches?

#### 2. Les avantages de la mise en place de l'AT optimale.

- Est-ce que les avantages rapportés pour l'employeur et l'employé suscitent votre intérêt?
- Est-ce que ces avantages valent la peine d'engager des changements dans votre façon de faire de l'AT?

#### 3. Les actions en trois étapes pour mettre en place l'AT optimale.

- Est-ce que les actions proposées vous apparaissent claires et compréhensibles?
- Est-ce que les trois étapes vous sont apparues claires et distinctes?
- Est-ce que les termes haute direction, cadre intermédiaire et superviseur vous apparaissent clairs? Utilisez-vous ces termes dans votre entreprise? Si non, quels termes utilisez vous?
- Est-ce que votre façon de faire l'AT dans votre entreprise est semblable à ce qui est proposé dans l'outil SPATEQ?

#### Si vous décidez d'utiliser le SPATEQ, comment évaluez-vous la facilité de mettre en place les actions qu'il propose dans votre entreprise?

- Quels seraient les changements requis? (Changement dans l'organisation, changement des routines et des habitudes, gérer les réactions négatives, développer des habiletés et des connaissances, etc.)
- Si vous décidez de mettre en place l'outil dans votre entreprise, croyez-vous qu'une formation vous serait nécessaire? Si oui : Format? Canal de diffusion? Sujets abordés?
- Comment évaluez-vous l'utilité de l'outil SPATEQ pour votre entreprise?

Tout autre commentaire est le bienvenu.

Merci!!!

## **Canevas investigatif acceptabilité**

À la lumière des entrevues faites auprès d'employeurs du Québec, que peut-on dire au sujet de l'applicabilité de l'outil SPATEQ? (Kastner et al, 2014; Lortie et al, 2012)

### **1. Format**

#### **1.1 longueur :**

Que disent les employeurs à propos de la longueur de l'outil?

#### **1.2 présentation visuelle :**

Que disent les employeurs à propos de la présentation visuelle de l'outil?

#### **1.3 Organisation :**

Que disent les employeurs à propos de l'organisation de l'outil? (division des sections, division des actions selon les responsables)

### **2. Contenu**

#### **2.1 Pertinence du contenu de l'outil pour les entreprises en général :**

Que disent les employeurs à propos de la pertinence du contenu de l'outil pour les entreprises en général?

#### **2.2 Pertinence du contenu de l'outil dans le contexte spécifique de leur entreprise :**

Que disent les employeurs à propos de la pertinence du contenu de l'outil pour leur entreprise en particulier?

2.2.1 Lorsque c'est jugé non pertinent pour leur entreprise, quelle en est la raison?

#### **2.3 Compatibilité avec l'organisation du travail dans leur entreprise :**

Que disent les employeurs à propos de la séparation des tâches telle que présentée dans l'outil (superviseur, cadre intermédiaire, haute direction) et leur propre organisation de travail?

2.3.1 Lorsque c'est jugé non compatible avec leur entreprise, quelle en est la raison?

#### **2.4 Compatibilité avec les normes et les valeurs de leur entreprise :**

Que disent les employeurs à propos des valeurs et des normes véhiculées par l'outil (communication, collaboration, non contestation, par exemple) et celles de leur propre entreprise?

2.4.1 Lorsque c'est jugé non compatible avec leur entreprise, quelle en est la raison?

### **3. Langage**

#### **3.1 Clarté du langage :**

Que disent les employeurs à propos de la clarté du langage utilisé dans l'outil?

#### **3.2 Libellé des actions :**

Que disent les employeurs à propos de la façon dont sont libellées les actions? (verbes utilisés, longueur du texte, etc.)

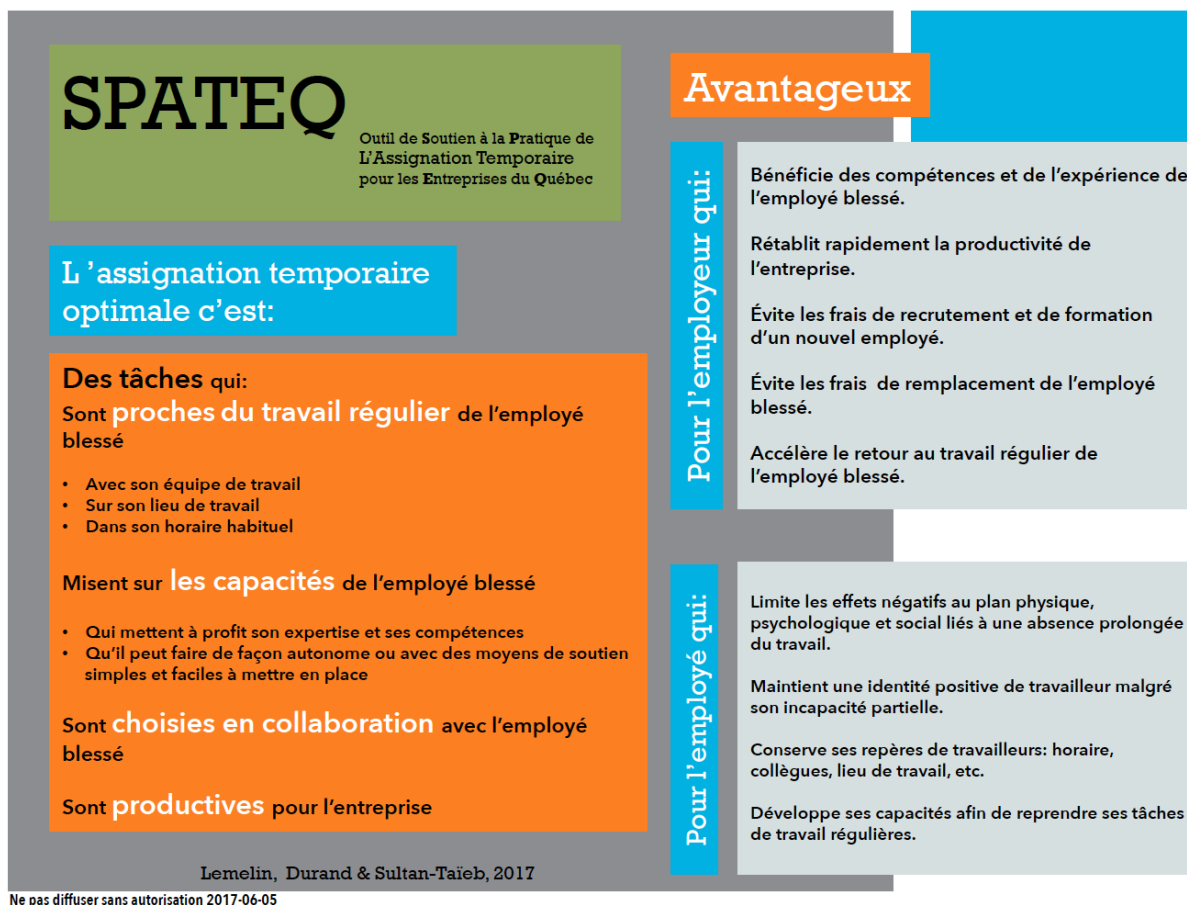
#### **4. Possibilité d'implantation**

##### **4.1 Besoins reliés à l'utilisation :**

Que disent les employeurs à propos de ce qui leur apparaît nécessaire pour que l'outil soit utilisé dans les entreprises en général?



## Outil SPATEQ-version prélimaire



## Comment faire? Des actions en trois temps:

# 1

Des actions qui favorisent le développement d'une culture de la santé et la sécurité dans l'entreprise:

**Avant** qu'une lésion survienne:

### La haute direction:

- ☐ adopte une politique de maintien et de retour au travail qui inclut la mesure d'assignation temporaire.
- ☐ diffuse sa politique de maintien et de retour au travail à l'ensemble des parties prenantes (employés, superviseurs, représentants syndicaux, gestionnaires, etc.).
- ☐ s'assure que sa politique de maintien et de retour au travail est appliquée dans l'ensemble de l'organisation.

### Les cadres intermédiaires et les superviseurs:

- ☐ reçoivent une formation de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie.
- ☐ s'adressent, en tout temps, aux employés avec considération et empathie.
- ☐ s'assurent de l'équité entre les employés.

### Le cadre intermédiaire:

- ☐ soutient et seconde le superviseur dans son rôle de coordination de l'assignation temporaire.
- ☐ est flexible et ouvert aux solutions soutenant l'assignation temporaire.
- ☐ évite de contester/judiciariser les réclamations des employés blessés.

## 2

**Au moment de la déclaration  
d'une lésion professionnelle**

Des actions qui facilitent la mise en place:

➤ **Dès que l'employé se blesse:**

**Le superviseur:**

- ☐ informe l'employé qu'il prendra en charge l'assignation temporaire.
- ☐ s'assure que l'employé a en main les documents à remettre au médecin (lettre de la direction informant le médecin de la politique de l'entreprise en matière de maintien et de retour au travail ainsi qu'un formulaire d'assignation temporaire).

➤ **Dès que l'assignation temporaire est autorisée par le médecin traitant:**

**Le superviseur et l'employé blessé:**

- ☐ se rencontrent pour convenir d'un plan d'assignation temporaire.
- ☐ identifient de façon collaborative les tâches d'assignation temporaire.
- ☐ choisissent des tâches qui se rapprochent le plus possible du travail régulier de l'employé afin de mettre à profit son expérience et son expertise.
- ☐ choisissent des tâches qui misent sur l'utilisation des capacités de l'employé en dépit de ses incapacités partielles.
- ☐ identifient de façon collaborative les stratégies à mettre en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'assignation temporaire.
- ☐ priorisent des stratégies de soutien qui sont simples et rapides à implanter.
- ☐ discutent de ce qu'ils perçoivent comme pouvant faciliter ou entraver le succès de l'assignation temporaire.

➤ **Une fois le plan d'assignation temporaire établi:**

**Le superviseur et le cadre intermédiaire:**

- ☐ évaluent l'impact du plan d'assignation temporaire sur l'équipe de travail.
- ☐ conviennent des stratégies qui seront mises en place pour que les collègues ne soient pas lésés par le plan d'assignation temporaire : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.

**Le superviseur:**

- ☐ informe les collègues des tâches qui seront faites par l'employé en assignation temporaire et de l'organisation de travail que cela implique.

## 3

## Des actions qui assurent le suivi:

## Pendant l'assignation temporaire

## ➤ Le superviseur et l'employé tiennent des rencontres fréquentes (formelles et informelles) où ils:

- ☐ communiquent de façon positive, ouverte et continue.
- ☐ révisent les tâches afin de les ajuster aux capacités de l'employé et de progresser vers le retour à ses tâches régulières de travail.
- ☐ s'assurent que les tâches sont aussi près que possible du travail régulier de l'employé afin de mettre à profit son expérience et son expertise.
- ☐ s'assurent que les tâches utilisent les capacités de l'employé en dépit de ses incapacités partielles.
- ☐ réévaluent de façon régulière les stratégies mises en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'assignation temporaire.
- ☐ discutent de ce qui facilite ou rend difficile l'accomplissement des tâches d'assignation temporaire.

## ➤ Le superviseur et le cadre intermédiaire se rencontrent et:

- ☐ discutent de l'évolution de l'employé en assignation temporaire.
- ☐ réévaluent de façon régulière l'impact de l'AT sur l'équipe de travail.
- ☐ réévaluent les moyens mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par l'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.
- ☐ conviennent de faire appel à des ressources professionnelles (ergonome, ergothérapeute, etc.) lorsque des obstacles freinent la progression de l'employé vers le retour au travail régulier.
- ☐ évitent de contester/judicialiser les difficultés liées à l'assignation temporaire.

## ➤ Le superviseur rencontre les collègues du travailleur blessé pour:

- ☐ les informer des tâches qui seront faites par l'employé en AT et de l'organisation de travail que cela implique.
- ☐ Susciter leur soutien et leur collaboration dans la démarche d'assignation temporaire.

Cet outil a été développé pour les travailleurs lombalgiques.

**ANNEXE 4 :**

---

**Approbations éthiques du projet de recherche et formulaires de consentement**

CENTRE DE  
RECHERCHE



Le 13 avril 2016

Mme Marie-Josée Durand  
Sciences de la santé communautaire  
U. de Sherbrooke

**OBJET: Évaluations scientifique et éthique positives**

2016-1323

Développement d'un outil de planification de la mesure d'assignation temporaire pour les entreprises.

---

Mme Durand,

Les évaluations scientifique et éthique de votre projet sont terminées et positives.

Si des modifications devaient être apportées au projet, ou si votre projet devait nécessiter l'utilisation du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, veuillez vous assurer d'obtenir les autorisations requises.

Nous vous rappelons que vous pouvez pendant le déroulement de cette recherche, si besoin est, solliciter l'appui de notre CÉR en vous adressant à Mme Caroline Francoeur, poste 13473.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Bureau de dépôt de projets  
Centre de recherche du CHUS  
CIUSSS de l'Estrie - CHUS  
Hôpital Fleurimont  
(819) 346-1110, poste 12895  
[hladouteur.chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:hladouteur.chus@ssss.gouv.qc.ca)





Sherbrooke, le 21 avril 2017

Mme Marie-Josée Durand  
Sciences de la santé communautaire  
Université de Sherbrooke

**Objet : Approbation d'une demande de renouvellement annuel par le  
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

**Projet #2016-1323 - Maîtrise Llemelin**

Développement d'un outil de planification de la mesure d'assignation temporaire pour les entreprises.

Bonjour Mme Durand,

La présente est pour vous informer que nous avons reçu le formulaire de demande de renouvellement annuel (F9 - 11594) pour le projet mentionné ci-haut. Une nouvelle approbation a été émise par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via révision accélérée et sera valide du **13 avril 2017** au **13 avril 2018**.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

**Attestation du CÉR (REBA) :**

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer, Mme Durand, mes salutations distinguées.

Annabelle Cumyn, MDCM, MHPE  
Co-Présidente du CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

**Formulaire d'information et de consentement à la recherche****Entrevues auprès d'employeurs-étape 1**

**Titre du projet :** Développement d'un outil permettant de supporter les entreprises québécoises dans la pratique de l'assignation temporaire auprès des travailleurs lombalgiques.

**Numéro du projet :** 2016-1323

**Étudiante-chercheuse :** Line Lemelin, erg.  
Candidat à la maîtrise de recherche en Sciences de la Santé  
Faculté de la Médecine et des Sciences de la Santé- Université de Sherbrooke. (514) 606-6791  
[line.lemelin@usherbrooke.ca](mailto:line.lemelin@usherbrooke.ca)

**Directrices de recherche :** Professeure Marie-José Durand, Ph.D.  
École de réadaptation-Université de Sherbrooke,  
Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au travail (CAPRIT). 1-888-463-1835 poste 61466  
[marie-jose.durand@usherbrooke.ca](mailto:marie-jose.durand@usherbrooke.ca)  
Professeure Hélène Sultan-Taieb, Ph.D.  
Département d'organisation et ressources humaines  
École des Sciences de la Gestion- Université du Québec à Montréal. (514) 987-3000 poste 5178  
[sultan.taieb.helene@uqam.ca](mailto:sultan.taieb.helene@uqam.ca)

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche visant la reprise du travail en santé pour les personnes présentant des maux de dos. Cependant, avant de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Une copie vous sera remise pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à votre compréhension de ces informations à l'étudiante-chercheuse ou aux directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies ci-haut.

**Nature et objectifs du projet de recherche :**

Au Québec, la loi québécoise sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) comporte une mesure appelée l'assignation temporaire (AT). Cette mesure a pour objectif de favoriser le prompt retour en emploi du travailleur en l'assignant à des tâches dont les exigences concordent avec ses capacités. Depuis de nombreuses années, les entreprises québécoises ont largement adopté cette mesure mais il est observé que les façons de faire sont variables et parfois sous optimales par rapport à la santé du travailleur. De surcroît, les coûts



reliés à la mesure d'AT sont peu décrits ni connus par les employeurs. Ultimement, un nouvel outil visant à soutenir les employeurs du Québec dans la mise en place de la mesure d'AT sera développé dans le cadre de cette étude. Ce guide sera destiné aux travailleurs présentant une lombalgie et inclura des indicateurs économiques afin d'appuyer les décisions de gestion des employeurs. De 5 à 10 représentants d'employeurs seront recrutés à cette étape du projet.

#### **Déroulement du projet de recherche**

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 45 minutes qui se tiendra à l'endroit de votre choix. L'entrevue visera à connaître votre façon d'organiser l'AT au sein de votre entreprise. De plus, nous sommes intéressés à connaître votre estimation des coûts et/ou des économies liés à cette mesure ainsi que votre opinion générale sur la pratique de l'AT dans votre entreprise. L'entrevue sera enregistrée sur un support audio afin de faciliter l'analyse des données. Cet enregistrement sera détruit à la fin du projet.

#### **Risques, effets secondaires et inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche**

Ce projet ne comporte aucun risque pour votre bien-être. Il se pourrait toutefois que vous éprouviez un certain inconfort à l'idée de discuter de certains facteurs. Vous pourrez alors compter sur notre disponibilité pour en parler.

#### **Avantages pouvant découler de votre participation au projet de recherche**

Vous ne recevrez aucun avantage personnel en participant à cette étude. Par ailleurs, si vous le désirez, vous aurez accès aux résultats de recherche à la fin du projet.

#### **Participation volontaire et possibilité de retrait du projet de recherche**

Votre participation est complètement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Il est aussi possible de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou l'une ou l'autre des directrices de recherche.

#### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que les directrices de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse de façon sécuritaire.

L'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet tels que décrits dans le formulaire de consentement. Ces données n'incluent par votre nom, votre adresse ni aucune autre information révélant votre identité ou celle de votre entreprise.

Développement d'un outil permettant de supporter les entreprises québécoises dans la pratique de l'assignation temporaire auprès des travailleurs lombalgiques.

---

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes dans le cadre de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche afin de vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheur ou l'Université de Sherbrooke détiennent ces informations soit pendant 10 ans. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, certaines informations pourraient n'être accessibles qu'une fois le projet terminé.

#### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation en participant à cette étude.

#### **Droit du sujet et indemnisation en cas de préjudice**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

#### **Financement du projet de recherche**

L'étudiante-chercheur reçoit une bourse de recherche de la Chaire de recherche en réadaptation au travail pour mener à bien ce projet. Les fonds de recherche de cette Chaire couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

#### **Personnes ressources**

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche ou désirez communiquer avec nous pour d'autres motifs, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheur ou les directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies en première page de ce formulaire.

#### **Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et/ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

#### Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

---

Nom du participant (en lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

---

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--	--	------

#### Engagement de l'étudiante-chercheure

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

---

Nom de l'étudiante-chercheure (lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheure	Date
---	-------------------------------------	------



## Formulaire d'information et de consentement à la recherche

### Consultation auprès d'experts- étape 3

<b>Titre du projet :</b>	Développement d'un outil permettant de supporter les entreprises québécoises dans la pratique de l'assignation temporaire auprès des travailleurs lombalgiques.
<b>Numéro du projet :</b>	2016-1323
<b>Étudiante-chercheur :</b>	Line Lemelin, erg. Candidate à la maîtrise de recherche en Sciences de la Santé Faculté de la Médecine et des Sciences de la Santé- Université de Sherbrooke. (514) 606-6791 <a href="mailto:line.lemelin@usherbrooke.ca">line.lemelin@usherbrooke.ca</a>
<b>Directrices de recherche :</b>	Professeure Marie-José Durand, Ph.D. École de réadaptation-Université de Sherbrooke, Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au travail (CAPRIT). 1-888-463-1835 poste 61466 <a href="mailto:marie-jose.durand@usherbrooke.ca">marie-jose.durand@usherbrooke.ca</a>  Professeure Hélène Sultan-Taieb, Ph.D. Département d'organisation et ressources humaines École des Sciences de la Gestion- Université du Québec à Montréal. (514) 987-3000 poste 5178 <a href="mailto:sultan.taieb.helene@uqam.ca">sultan.taieb.helene@uqam.ca</a>

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche visant la reprise du travail en santé pour les personnes présentant des maux de dos. Cependant, avant de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Une copie vous sera remise pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à votre compréhension de ces informations à l'étudiante-chercheur ou aux directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies ci-haut.

#### Nature et objectifs du projet de recherche :

Au Québec, la loi québécoise sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) comporte une mesure appelée l'assignation temporaire (AT). Cette mesure a pour objectif de favoriser le prompt retour en emploi du travailleur en l'assignant à des tâches dont les

exigences concordent avec ses capacités. Depuis de nombreuses années, les entreprises québécoises ont largement adopté cette mesure mais il est observé que les façons de faire sont variables. De surcroît, les coûts reliés à la mesure d'AT sont peu décrits ni connus par les employeurs.

La présente étude vise à développer un outil pour soutenir les employeurs dans la mise en place de la mesure d'AT dans leur organisation en favorisant la reprise du travail en santé. Ce guide sera destiné aux travailleurs présentant une lombalgie et inclura des indicateurs économiques afin d'appuyer les décisions de gestion des employeurs.

Pour ce faire, à partir d'une revue de la littérature, nous avons établi une liste d'actions que devrait contenir une assignation temporaire optimale. À cette étape, nous désirons vous consulter sur la pertinence de ces actions. Cinq à quinze experts seront consultés dans le cadre de cette étape du projet.

#### **Déroulement du projet de recherche**

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à une consultation individuelle qui sera effectuée par courriel. À la première étape, nous vous ferons parvenir une liste d'actions dont vous devrez évaluer la pertinence sur une échelle de Likert variant de 1 (pas du tout pertinente) à 4 (très pertinente). Vous serez aussi invité à commenter les actions dont vous jugerez la pertinence à 2 ou moins sur l'échelle proposée. Les résultats de tous les participants seront compilés. Par la suite, dans une seconde étape, vous aurez à refaire le même exercice sur une nouvelle liste d'actions. Une fois de plus, les résultats seront compilés. Au besoin, une troisième consultation sera réalisée de la même façon. À chaque étape, environ de 15 à 30 minutes vous seront nécessaires.

#### **Risques, effets secondaires et inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche**

Ce projet ne comporte aucun risque pour votre bien-être. Il se pourrait toutefois que vous éprouviez un certain inconfort à l'idée de discuter de certaines actions. Vous pourrez alors compter sur notre disponibilité pour en parler.

#### **Avantages pouvant découler de votre participation au projet de recherche**

Vous ne recevrez aucun avantage personnel en participant à cette étude. Par ailleurs, si vous le désirez, vous aurez accès aux résultats de recherche à la fin du projet.

#### **Participation volontaire et possibilité de retrait du projet de recherche**

Votre participation est complètement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Il est aussi possible de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou l'une ou l'autre des directrices de recherche.

#### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que les directrices de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.



Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse de façon sécuritaire.

L'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet tels que décrits dans le formulaire de consentement. Ces données n'incluent par votre nom, votre adresse ni aucune autre information révélant votre identité ou celle de votre entreprise.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes dans le cadre de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche afin de vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse ou l'Université de Sherbrooke détiennent ces informations soit pendant 10 ans. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines informations qu'une fois le projet terminé.

#### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation en participant à cette étude.

#### **Droit du sujet et indemnisation en cas de préjudice**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

#### **Financement du projet de recherche**

L'étudiante-chercheuse reçoit une bourse de recherche de la Chaire de recherche en réadaptation au travail pour mener à bien ce projet. Les fonds de recherche de cette Chaire couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

#### **Personnes ressources**

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche ou désirez communiquer avec nous pour d'autres motifs, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse ou les directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies en première page de ce formulaire.

#### **Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et/ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Developpement d'un outil permettant de supporter les entreprises québécoises dans la pratique de l'assignation temporaire auprès  
des travailleurs lombalgiques.

#### Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant (en lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--	--	------

#### Engagement de l'étudiante-chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom de l'étudiante-chercheur (lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheur	Date
--	------------------------------------	------

**Formulaire d'information et de consentement à la recherche****Entrevues avec des employeurs étape 5**

<b>Titre du projet :</b>	Développement d'un outil permettant de supporter les entreprises québécoises dans la pratique de l'assignation temporaire auprès des travailleurs lombalgiques.
<b>Numéro du projet :</b>	2016-1323
<b>Étudiante-chercheuse :</b>	Line Lemelin, erg. Candidate à la maîtrise de recherche en Sciences de la Santé Faculté de la Médecine et des Sciences de la Santé- Université de Sherbrooke. (514) 606-6791 <a href="mailto:line.lemelin@usherbrooke.ca">line.lemelin@usherbrooke.ca</a>
<b>Directrices de recherche :</b>	Professeure Marie-José Durand, Ph.D. École de réadaptation-Université de Sherbrooke, Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au travail (CAPRIT). 1-888-463-1835 poste 61466 <a href="mailto:marie-jose.durand@usherbrooke.ca">marie-jose.durand@usherbrooke.ca</a>  Professeure Hélène Sultan-Taieb, Ph.D. Département d'organisation et ressources humaines École des Sciences de la Gestion- Université du Québec à Montréal. (514) 987-3000 poste 5178 <a href="mailto:sultan_taieb.helene@uqam.ca">sultan_taieb.helene@uqam.ca</a>

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche dans le domaine de la réadaptation au travail. Cependant, avant de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document. Une copie vous sera remise pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à votre compréhension de ces informations à l'étudiante-chercheuse ou aux directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies ci-haut.

**Nature et objectifs du projet de recherche :**

Au Québec, la loi québécoise sur les Accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) comporte une mesure appelée l'assignation temporaire (AT). Cette mesure a pour objectif de favoriser le prompt retour en emploi du travailleur en l'assignant à des tâches dont les exigences concordent avec ses capacités. Depuis de nombreuses années, les entreprises québécoises ont largement adopté cette mesure mais il est observé que les façons de faire sont variables. De surcroît, les coûts reliés à la mesure d'AT sont peu décrits ni connus par les employeurs.



Ultimement, un nouvel outil visant à soutenir les employeurs du Québec dans la mise en place de la mesure d'AT sera développé dans le cadre de cette étude. Cinq à sept représentants d'employeurs seront recrutés dans le cadre de cette étape du projet.

#### **Déroulement du projet de recherche**

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée d'environ 45 minutes qui se tiendra à l'endroit de votre choix. D'abord, nous vous présenterons la version préliminaire de l'outil SPATEQ-dos (Outil de support à la pratique de l'assignation temporaire pour les entreprises du Québec pour les travailleurs lombalgiques) et, par la suite, les questions viseront à obtenir votre opinion sur l'utilité de l'outil dans votre entreprise ainsi que la clarté des informations qui y sont contenues. L'entrevue sera enregistrée sur un support audio afin de faciliter l'analyse des données. Cet enregistrement sera détruit à la fin du projet.

#### **Risques, effets secondaires et inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche**

Ce projet ne comporte aucun risque pour votre bien-être. Il se pourrait toutefois que vous éprouviez un certain inconfort face au contenu des discussions. Vous pourrez alors compter sur notre disponibilité pour en parler.

#### **Avantages pouvant découler de votre participation au projet de recherche**

Vous ne recevrez aucun avantage personnel en participant à cette étude. Par ailleurs, si vous le désirez, vous aurez accès aux résultats de recherche à la fin du projet.

#### **Participation volontaire et possibilité de retrait du projet de recherche**

Votre participation est complètement volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Il est aussi possible de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou l'une ou l'autre des directrices de recherche.

#### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que les directrices de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse de façon sécuritaire.

L'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet tels que décrits dans le formulaire de consentement. Ces données n'incluent par votre nom, votre adresse ni aucune autre information révélant votre identité ou celle de votre entreprise.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes dans le cadre de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication

scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche afin de vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheur ou l'Université de Sherbrooke détiennent ces informations soit pendant 10 ans. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines informations qu'une fois le projet terminé.

#### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation en participant à cette étude.

#### **Droit du sujet et indemnisation en cas de préjudice**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

#### **Financement du projet de recherche**

L'étudiante-chercheur reçoit une bourse de recherche de la Chaire de recherche en réadaptation au travail pour mener à bien ce projet. Les fonds de recherche de cette Chaire couvrent les frais liés à ce projet de recherche.

#### **Personnes ressources**

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche ou désirez communiquer avec nous pour d'autres motifs, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheur ou les directrices de recherche dont les coordonnées sont fournies en première page de ce formulaire.

#### **Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et/ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

#### Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

---

Nom du participant (en lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

---

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
--	--	------

#### Engagement de l'étudiante-chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

---

Nom de l'étudiante-chercheur (lettres moulées)	Signature de l'étudiante-chercheur	Date
--	------------------------------------	------

## ANNEXE 5 :

---

### Liste des documents retenus suite à la revue intégrative de littérature.

1. Ammendolia, C., Cassidy, D., Steensta, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S., Cote, P. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10, 65. doi:10.1186/1471-2474-10-65
2. Anema, J., Steenstra, I., Urlings, I., Bongers, P., de Vroome, E. & van Mechelen, W. (2003). Participatory Ergonomics as a Return-to-Work Intervention: A Future Challenge. *American Journal of Industrial Medicine*, 44, pp.273-281.
3. Auty, A. (2010). BackCare and Work. *The BackCare Journal*, pp.18-22.
4. Brooks, J., McCluskey, S., King, N., & Burton, K. (2013). Illness perceptions in the context of differing work participation outcomes: exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 48-48. doi:10.1186/1471-2474-14-48
5. Butler, R. J., Johnson, W. G., & Cote, P. (2007). It pays to be nice: employer-worker relationships and the management of back pain claims. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (2), 214-225. doi:10.1097/jom.0b013e318032211d
6. Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S., & Dunn, K. M. (2013). The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86 (2), 119-137. doi:10.1007/s00420-012-0804-2
7. Coole, C., Watson, P. J., & Drummond, A. (2010). Low back pain patients' experiences of work modifications; a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 11, 277. doi:10.1186/1471-2474-11-277
8. Cunningham, C., Doody, D., & Blake, B. (2008). Managing low back pain: knowledge and attitudes of hospital managers. *Occupational Medicine*, 58 (4), pp.282-282.
9. Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Fremont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., & Laperriere, E. (2013). Obstacles to and facilitators of return to work after work-disabling back pain: the workers' perspective. *J Occup Rehabil*, 23 (2), 280-289. doi:10.1007/s10926-012-9399-4
10. Durand, M. J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.C. & Ngomo, S. (2011). Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 33 (13-14), pp.1245-1252. doi:10.3109/09638288.2010.526164

11. Durand, M. J., Corbière, M., Coutu, M.F., Reinhartz, D. & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48, pp.579-589. doi:10.3233/WOR-141914
12. Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., MacEachen, E., Frank, J., Sinclair, S & Reardon, R. (2004). *Workplace-based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative and Qualitative Literature- Summary*. Retrieved from Canada: [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca)
13. Franche, R. L., Severin, C. N., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Vidmar, M., & Lee, H. (2007). The impact of early workplace-based return-to-work strategies on work absence duration: a 6-month longitudinal study following an occupational musculoskeletal injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (9), pp.960-974. doi:10.1097/JOM.0b013e31814b2e9f
14. Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 158 (12), pp.1625-1631.
15. Hoefsmits, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. (2012). Intervention characteristics that facilitate return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*, 22(4), pp. 462-477. doi:10.1007/s10926-012-9359-z
16. Institute for Work & Health (2014). Seven Principles for Successful Return to Work (March 2007 ed.): Institute for Work & Health.
17. Lindell, O., Johansson, S. & Strender, L. (2010). Predictors of stable return-to-work in non-acute, non-specific spinal pain: low total prior sick-listing, high self prediction and young age. A two-year prospective cohort study. *BMC Family Practice*, 11, 12p. doi:10.1186/1471-2296-11-53
18. Loisel, P., Durand, M.-J., Shapiro, S., Contandriopoulos, A.-P., Beaudet, J., Imbeau, D. (2008). *Évaluation de l'efficacité d'un programme de collaboration précoce en réadaptation chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie*. Retrieved from Montréal, Québec: [www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)
19. McGuirk, B., & Bogduk, N. (2007). Evidence-based care for low back pain in workers eligible for compensation. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 57 (1), pp.36-42.
20. MacEachen, E., Chambers, L., Kosny, A & Keown, K. (2009). *Red Flags Green Lights: A guide to identifying and solving Return-to-Work Problems*. Retrieved from : [www.iwh.on.ca](http://www.iwh.on.ca)
21. Montréal-Centre, D. d. l. s. p. d. (2003). L'assignation temporaire et les troubles musculo-squelettiques: une action préventive. *Prévention en pratique médicale*(décembre 2003), 9.



22. Muijzer, A., Geertzen, J. H., de Boer, W. E., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2012). Identifying factors relevant in the assessment of return-to-work efforts in employees on long-term sickness absence due to chronic low back pain: a focus group study. *BMC Public Health*, 12, 77. doi:10.1186/1471-2458-12-77
23. Nordqvist, C., Holmqvist, C. & Alexanderson, K. (2003). Views of Laypersons on the Role Employers Play in Return to Work When Sick-Listed. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13 (1)(March 2003), pp.11-20.
24. Reme, S. E., Shaw, W. S., Steenstra, I. A., Woiszwilllo, M. J., Pransky, G., & Linton, S. J. (2012). Distressed, immobilized, or lacking employer support? A sub-classification of acute work-related low back pain. *J Occup Rehabil*, 22 (4), pp.541-552. doi: 10.1007/s10926-012-9370-4
25. Roelen, C., Schreuder, K., Koopmans, P., & Groothoff, J. W. (2008). Perceived job demands relate to self-reported health complaints. *Occupational Medicine*, 58 (1), pp.58-58.
26. Schaafsma, F. G., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2015). Back pain: Prevention and management in the workplace. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 29 (3), pp.483-494. doi:10.1016/j.berh.2015.04.028
27. Shaw, W. S., & Huang, Y. H. (2005). Concerns and expectations about returning to work with low back pain: identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disability and Rehabilitation*, 27 (21), pp.1269-1281. doi:10.1080/09638280500076269
28. Somville, P. R., Nieuwenhuyse, A. V., Seidel, L., Masschelein, R., Moens, G., Mairiaux, P., & BelCoBack Study, G. (2006). Validation of a self-administered questionnaire for assessing exposure to back pain mechanical risk factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79 (6), pp.499-508. doi:10.1007/s00420-005-0068-1
29. Stewart, A. M., Polak, E., Young, R., & Schultz, I. Z. (2012). Injured workers' construction of expectations of return to work with sub-acute back pain: the role of perceived uncertainty. *Journal Of Occupational Rehabilitation*, 22 (1), pp.1-14. doi:10.1007/s10926-011-9312-6
30. Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., Simoneau, S., Vaillancourt, C. (2005). *Guide et outils pour le maintien et le retour au travail-Troubles musculo-squelettiques*. In A. d. d. d. r. l. d. s. d. s. e. d. s. s. d. M. Direction de santé publique (Ed.). Montréal, Québec.
31. Williams, N., & Birkin, R. (2011). Communication style: help or hindrance in facilitating return to work? *Occupational Medicine*, 61 (6), pp.380-382.
32. Zampolini, M., Bernardinello, M., & Tesio, L. (2007). RTW in back conditions. *Disability and Rehabilitation*, 29 (17), pp.1377-1385. doi:10.1080/09638280701314980

33. Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *RR-238: Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Récupéré sur <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-238.pdf>

## ANNEXE 6 :

### Résultats obtenus pour chacune des actions suite à la consultation Delphi

Les actions (A) d'une AT optimale :		Résultats obtenus :
<b>Avant qu'une lésion survienne :</b>		
1	La direction de l'entreprise adopte une politique de maintien et de retour au travail qui inclut la mesure d'assignation temporaire (AT).	3,9/4
2	La direction de l'entreprise diffuse sa politique de maintien et de retour au travail à l'ensemble des parties prenantes (travailleurs, superviseurs, représentants syndicaux, gestionnaires, etc.).	3,9/4
3	La direction de l'entreprise s'assure que sa politique de maintien et de retour au travail est appliquée dans l'ensemble de l'entreprise.	4/4
4	Les superviseurs et la direction de l'entreprise reçoivent une formation de base au sujet des lésions professionnelles et de l'ergonomie.	3,9/4
5	La direction de l'entreprise soutient et seconde le superviseur dans son rôle de coordination de l'AT.	4/4
6	La direction de l'entreprise est flexible et ouverte aux solutions soutenant l'AT.	3,9/4
7	La direction de l'entreprise et les superviseurs s'adressent, en tout temps, aux travailleurs d'une façon empreinte de considération et d'empathie.	3,7/4
8	La direction de l'entreprise et le superviseur s'assurent de l'équité entre les travailleurs.	3,7/4
9	La direction de l'entreprise évite de contester/judicialiser les réclamations des travailleurs blessés.	3,8/4
<b>Au moment de la déclaration d'une lésion professionnelle :</b>		
10	La direction de l'entreprise identifie comme responsable de la coordination de l'AT le supérieur immédiat du travailleur qui déclare une lésion professionnelle.	3,5/4
11	Le superviseur prend en charge l'AT.	3,5/4
12	L'entreprise propose l'AT au médecin du travailleur dès la déclaration d'une lésion professionnelle.	3/4
13	Le superviseur maintient le lien entre le travailleur et l'entreprise par des appels téléphoniques pendant la période d'absence.	3,5/4
14	Dès que l'AT est autorisée par le médecin traitant, le superviseur et le travailleur se rencontrent pour préparer le plan d'AT.	4/4
15	Le superviseur et le travailleur discutent de leurs perceptions quant aux éléments pouvant faire obstacle à l'AT.	3,9/4
16	Le superviseur et le travailleur identifient de façon collaborative les tâches d'AT.	4/4



17	Le superviseur et le travailleur choisissent des tâches qui se rapprochent le plus possible du travail régulier du travailleur afin de mettre à profit son expérience et son expertise.	3,9/4
18	Le superviseur et le travailleur choisissent des tâches d'AT qui misent sur l'utilisation des capacités du travailleur en dépit de ses incapacités partielles.	4/4
19	Le superviseur et le travailleur identifient de façon collaborative les moyens à mettre en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT.	3,9/4
20	Le superviseur et le travailleur priorisent des moyens de soutien qui sont simples et rapides à implanter. Par exemple : demander l'aide des collègues par opposition à installer un treuil au plafond pour faciliter le soulèvement de charges.	3,8/4
21	Le superviseur et le travailleur conviennent d'un plan d'AT.	3,3/4
22	Le superviseur présente le plan d'AT à la direction de l'entreprise.	3,5/4
23	La direction de l'entreprise et le superviseur évaluent l'impact du plan d'AT sur l'équipe de travail.	3,7/4
24	La direction de l'entreprise et le superviseur conviennent des moyens qui seront mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par la démarche d'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.	3,9/4
25	Le superviseur informe les collègues des tâches qui seront faites par le travailleur en AT et de l'organisation de travail que cela implique.	4/4
<b>Pendant l'AT :</b>		
26	Le superviseur et le travailleur tiennent des rencontres fréquentes (formelles et informelles) pour assurer le suivi de l'AT.	4/4
27	Le travailleur et le superviseur communiquent de façon positive, ouverte et continue pendant toute l'AT.	4/4
28	Le superviseur et le travailleur adaptent de façon régulière les tâches d'AT afin de les ajuster aux capacités du travailleur et de progresser vers le retour à ses tâches régulières de travail.	3,9/4
29	Le superviseur et le travailleur s'assurent que les tâches d'AT sont aussi près que possible du travail régulier du travailleur afin de mettre à profit son expérience et son expertise.	3,7/4
30	Le superviseur et le travailleur s'assurent que les tâches d'AT utilisent les capacités du travailleur en dépit de ses incapacités partielles.	4/4
31	Le superviseur et le travailleur réévaluent de façon régulière les moyens mis en place pour soutenir l'accomplissement des tâches d'AT.	4/4
32	Le superviseur et le travailleur identifient les obstacles au succès de l'AT et conviennent des solutions à mettre en place.	3,8/4
33	La direction de l'entreprise et le superviseur font appel à des ressources professionnelles lorsque l'AT ne permet pas de	4/4

	progresser vers le retour au travail régulier (ergonome, ergothérapeute, etc.)	
34	La direction de l'entreprise évite de contester/judiciariser les difficultés liées à l'AT.	3,6/4
35	Le superviseur continue d'informer les collègues des tâches qui seront faites par le travailleur en AT et de l'organisation de travail que cela implique.	3,8/4
36	Les collègues soutiennent et collaborent à l'AT.	3,9/4
37	La direction de l'entreprise et le superviseur réévaluent de façon régulière l'impact de l'AT sur l'équipe de travail.	3,7/4
38	La direction de l'entreprise et le superviseur réévaluent les moyens mis en place pour que les collègues ne soient pas lésés par l'AT : ajout de main d'œuvre, répartition différente des tâches dans l'équipe, etc.	3,8/4

## ANNEXE 7 :

### Tableau de la modélisation économique des effets de la mise en place des différentes formes d'AT

Les résultats des entrevues effectuées auprès de représentants d'employeurs ont démontré la présence de différentes formes d'AT dans les entreprises. Dans le tableau qui suit, on réfèrera à ses différentes formes d'AT en les nommant AT 1, 2, 3 et 4. L'AT 1 constitue le point de comparaison pour modéliser la valeur nette associée à la mise en place d'une forme d'AT différente, soit l'AT 2, l'AT 3 ou l'AT 4. La mise en place de toutes les formes d'AT permettent à l'employeur de mettre un terme au versement d'indemnités de remplacement de revenus en ramenant le travailleur dans l'entreprise ce qui constitue une économie du point de vue de l'employeur. Ce coût évité est absent du tableau étant donné qu'il est identique pour les quatre formes d'AT.

Définition de l'AT 1	Définition de l'AT 2	Définition de l'AT 3	Définition de l'AT 4
<p>AT dont les tâches sont inutiles pour l'entreprise et en dehors de la production normale.</p> <p>Le travailleur est convoqué au travail, mais n'effectue aucune tâche à valeur ajoutée pour l'entreprise.</p>	<p>AT dont les tâches sont utiles pour l'entreprise, mais en dehors de la production normale.</p> <p>Le travailleur effectue des tâches qui ne sont pas faites dans l'entreprise s'il n'y a pas d'AT. Par exemple, faire du déchetage de papier.</p>	<p>AT dont les tâches font partie de la production régulière, mais qui sont choisies parce qu'elles sont peu exigeantes physiquement.</p> <p>Le travailleur demeure dans la production, mais dans des tâches parfois éloignées de son travail régulier. En effet, cette forme d'AT se caractérise par la réorganisation des tâches dans l'équipe de travail afin de regrouper des tâches peu exigeantes physiquement qui seront assignées au travailleur blessé. Cette forme d'AT donne lieu à deux situations qu'il importe de distinguer, celle où le travailleur blessé est spécialisé (situation 1) et celle où il n'est pas spécialisé (situation 2). Les impacts de chacune des situations sur les indicateurs de coûts seront démontrés dans le tableau lorsque requis.</p>	<p>AT dont les tâches font partie de la production normale de l'entreprise et qui sont choisies en fonction des compétences et de l'expertise du travailleur.</p> <p>Le travailleur assume des tâches qui sont très près de son travail régulier et obtient de l'aide au besoin pour ce qu'il n'est pas en mesure de faire.</p> <p>Selon la littérature scientifique consultée pour l'objectif 2 de la présente étude, cette forme d'AT serait optimale du point de vue de la santé du travailleur.</p>

**Gains (G) et coûts évités (CÉ) liés à la mise en place de l'AT 2, 3 ou 4 en comparaison avec l'AT 1 (voir les hypothèses de calcul décrites dans la section méthodologie):**

<p><b>Gains de production par semaine :</b>  <b><math>G = W \times H \times S</math></b></p> <p><math>W_2</math>: La valeur d'une tâche d'AT qui n'est habituellement pas faite dans l'entreprise. Elle est établie à une fraction du salaire minimum par heure, est parfois égale à zéro et est nettement inférieure à <math>W_3</math> et <math>W_4</math>.</p> <p><math>W_3</math>: La valeur de la tâche effectuée par un travailleur en AT qui requiert moins de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier.</p> <p><math>W_4</math>: La valeur de la production horaire est la même que celle réalisée par le travailleur avant son arrêt de travail. La tâche effectuée par le travailleur en AT requiert le même niveau de qualification que celle qu'il effectue à son travail régulier.</p> <p>Considérant ce qui précède : <math>W_2 &lt; W_3 &lt; W_4</math></p> <p>On fait l'hypothèse pour faciliter la présentation que <math>H = 40</math></p> <p><math>S</math> = nombre de semaines où le travailleur est en AT</p> <p>On rappelle que les gains de production associés à l'AT1 sont nuls, les tâches étant inutiles pour l'entreprise.</p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p>Les tâches effectuées par un travailleur en AT 2 ne sont pas habituellement faites dans l'entreprise, le salaire horaire utilisé pour le calcul (<math>W_2</math>) doit être estimé selon la valeur des tâches effectuées. La différence avec l'AT 1 donne :</p> <p><b><math>G = W_2 \times 40 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p>Le travailleur blessé contribue à la production de l'entreprise. La valeur de la production variera selon deux situations distinctes:</p> <p>1) Le travailleur blessé est affecté à des tâches requérant moins de qualification que celles qu'il occupe dans le cadre de son travail régulier. La valeur de la production qu'il génère est alors inférieure à la valeur de production qu'il crée dans son travail régulier. La valeur de la production est alors estimée à :</p> <p><b><math>G = W_3 \times 40 \times S</math></b></p> <p>2) Le travailleur blessé est affecté à des tâches pour lesquelles le salaire habituellement versé est égal à ses tâches de travail régulier. La valeur de la production qu'il génère est alors égale à celle qu'il crée dans son travail régulier.</p> <p><b><math>G = W_4 \times 40 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p>Le travailleur blessé contribue à la production de l'entreprise et crée la même valeur de production que lorsqu'il est à son travail régulier.</p> <p><b><math>G_S = W_4 \times 40 \times S</math></b></p>
<p><b>Coûts évités (CÉ) reliés au délai écourté de retour au travail:</b></p> <p><math>H_A</math> = nombre d'heures d'absence moyen lorsqu'il n'y a pas d'AT mise en place.</p> <p><math>H_R</math> = nombre d'heures d'absence évitées par la mise en place d'une forme d'AT.</p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p><b><math>CÉ = 0</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p>1) Travailleur spécialisé  <b><math>CÉ = W_3 \times H_{R3}</math></b></p> <p>Sachant que <math>H_{R3} &gt; 0</math></p> <p>2) Travailleur non spécialisé  <b><math>CÉ = W_4 \times H_{R3}</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p><b><math>CÉ = W_4 \times H_{R4}</math></b></p> <p>Sachant que <math>H_{R4} = H_A \times 0,44</math></p>

<p><b>Coûts évités (CÉ) reliés au remplacement du travailleur blessé :</b></p> <p>Pour l'AT1, les frais de remplacement sont :  <math>F_R = 40 \times W_4 \times S</math></p> <p><math>W_4</math> : La valeur de la production horaire est la même que celle réalisée par le travailleur avant son arrêt de travail.</p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p>En mettant en place l'AT 2, il n'est pas possible d'éviter les coûts relatifs au remplacement du travailleur blessé. En effet, tout comme pour l'AT 1, le travailleur blessé doit être remplacé à son poste. Donc la différence de frais de remplacement entre les deux formes d'AT est nulle.</p> <p><b>CÉ = 0</b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p>2 situations possibles:</p> <p>1) Le travailleur blessé occupe habituellement un poste spécialisé et, en mettant en place l'AT 3 il est affecté à des tâches éloignées de son poste régulier. Il devra donc être remplacé. Conséquemment, il n'est pas possible d'éviter les coûts relatifs au remplacement.</p> <p><b>CÉ = 0</b></p> <p>2) Le travailleur blessé occupe habituellement un poste non spécialisé. Une réorganisation du travail de l'équipe permet de dégager des tâches qu'il sera en mesure d'effectuer et il n'aura pas à être remplacé. Les coûts évités par rapport à l'AT1 sont les frais de remplacement du travailleur blessé.</p> <p><b>CÉ = <math>W_4 \times 40 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p>En mettant en place l'AT 4 en comparaison avec l'AT 1, les coûts de remplacement du travailleur blessé seront évités considérant qu'il demeurera à son poste. Ces coûts évités sont :</p> <p><b>CÉ = <math>W_4 \times 40 \times S</math></b></p>
<p><b>Sous-total des gains et coûts évités :</b></p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p><b><math>G + CÉ = W_2 \times 40 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p>Deux situations possibles :</p> <p>1) Si le travailleur blessé est spécialisé et est affecté à des tâches requérant moins de qualifications que son travail régulier et qu'il doit être remplacé à ses tâches régulières, la différence de gain avec l'AT1 est :</p> <p><b><math>G + CÉ = W_3 \times (40S + H_{R3})</math></b></p> <p>2) Si le travailleur blessé n'est pas spécialisé et que la réorganisation des tâches de l'équipe permet de dégager des tâches qu'il peut faire sans besoin de le remplacer :</p> <p><b><math>G + CÉ = W_4 \times (80S + H_{R3})</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p><b><math>G + CÉ = W_4 \times (80S + H_{R4})</math></b></p>

**Coûts supplémentaires (CS) que l'entreprise encoure en mettant en place l'AT 2, 3 ou 4 en comparaison à l'AT 1 :**

<p><b>Frais liés à l'effort de supervision du travailleur en AT :</b></p> <p><b><math>F_S = W_S \times H \times S</math></b></p> <p><math>W_S</math>= salaire horaire du superviseur</p> <p><math>H</math>= nombre d'heure hebdomadaire</p> <p><math>S</math>= nombre de semaines où le travailleur est en AT</p> <p>On rappelle que pour l'AT 1 il n'y a pas de temps consacré par le superviseur à la supervision de l'AT, donc <math>F_S = 0</math></p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p><b><math>F_S = W_S \times 0,75 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p><b><math>F_S = W_S \times 1 \times S</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p><b><math>F_S = W_S \times 1 \times S</math></b></p>
<p><b>Frais liés à l'effort de réorganisation des collègues pour intégrer le travailleur en AT :</b></p> <p><b><math>F_R = W_M \times H \times N \times S</math></b></p> <p><math>F_R</math>= frais hebdomadaire reliés à la réorganisation du travail de l'équipe.</p> <p><math>W_M</math>= salaire horaire moyen des travailleurs de l'entreprise.</p> <p><math>H</math>= nombre d'heure hebdomadaire.</p> <p><math>N</math>= nombre de travailleurs touchés par la réorganisation des tâches. On considère <math>N=10</math>.</p> <p><math>S</math>= nombre de semaines où le travailleur est en AT</p> <p>On rappelle que pour l'AT 1 il n'y a pas de temps de réorganisation par les collègues, donc <math>F_R = 0</math></p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p><b><math>F_R = 0</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p><b><math>F_R = W_M \times 0,5 \times 10 \times S</math></b></p> <p>ATTENTION: Lorsqu'une réorganisation du travail d'équipe est faite pour intégrer un employé blessé, il importe d'évaluer l'impact que cela a sur les collègues. Par exemple, dans une chaîne de production où une rotation est faite entre différents postes, le fait de réserver les tâches moins exigeantes pour l'employé en AT a pour effet d'augmenter les contraintes physiques imposées aux collègues ce qui comporte un risque qu'il convient d'évaluer.</p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p><b><math>F_R = 0</math></b></p>
<p><b>Frais liés à l'effort d'un collègue pour apporter soutien et aide au travailleur :</b></p> <p><b><math>F_A = W_M \times H \times S</math></b></p> <p>On rappelle que pour l'AT 1 il n'y a pas de frais liés à l'effort d'un collègue pour apporter soutien et aide au travailleur en AT, donc <math>F_A = 0</math></p> <p><math>F_A</math>= Frais hebdomadaires reliés à l'aide d'un collègue.</p> <p><math>W_M</math>= salaire horaire moyen des travailleurs de l'entreprise.</p> <p><math>H</math>= nombre d'heures hebdomadaire. On considère <math>H=5</math>.</p> <p><math>S</math>= nombre de semaines où le travailleur est en AT</p>	<p><b>AT 2 :</b></p> <p><b><math>F_A = 0</math></b></p>	<p><b>AT 3 :</b></p> <p><b><math>F_A = 0</math></b></p>	<p><b>AT 4 :</b></p> <p><b><math>F_A = W_M \times 5 \times S</math></b></p>

<b>Frais liés à la consultation d'un professionnel de l'ergonomie.</b> $F_E$ = Frais unitaire de consultation d'un professionnel de l'ergonomie.	<b>AT 2 :</b>  $F_E = 0$	<b>AT 3 :</b>  $F_E = 1 \times F_E$	<b>AT 4 :</b>  $F_E = 1 \times F_E$
<b>Sous-total des coûts supplémentaires par rapport à AT 1:</b>	<b>AT 2 :</b> $CS = W_S \times 0,75 \times S$	<b>AT 3 :</b> $CS = (W_S + 5W_M) \times S + F_E$	<b>AT 4 :</b> $CS = (W_S + 5W_M) \times S + F_E$

**Résultats nets (RN) obtenus par l'entreprise en mettant en place l'AT 2, 3 ou 4 en comparaison avec l'AT 1 :**

<b>AT 2 :</b>  $G + CÉ = 40 W_2 S$  $CS = 0,75 W_S S$  $RN = (40W_2 - 0,75W_S) \times S$	<b>AT 3 :</b> <u>Situation 1 :</u> Le travailleur blessé occupe habituellement un poste spécialisé :  $G + CÉ = W_3 \times (40S + H_{R3})$  $CS = (W_S + 5W_M) \times S + F_E$  $RN = W_3 H_{R3} + (40W_3 - W_S - 5W_M) \times S - F_E$  <u>Situation 2:</u> Le travailleur blessé occupe habituellement un poste non spécialisé : $G + CÉ = W_4 \times (80S + H_{R4})$ $CS = (W_S + 5W_M) \times S + F_E$  $RN = W_4 H_{R4} + (80W_4 - W_S - 5W_M) \times S - F_E$	<b>AT 4:</b>  $G + CÉ = (40 \times W_4 \times S) \times 2 + W_4 \times H_{R4}$ $CS = (W_S + 5 \times W_M) \times S + F_E$  $RN = W_4 H_{R4} + (80W_4 - W_S - 5W_M) \times S - F_E$
--	--	---